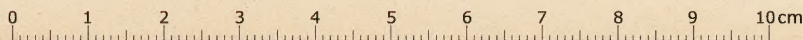
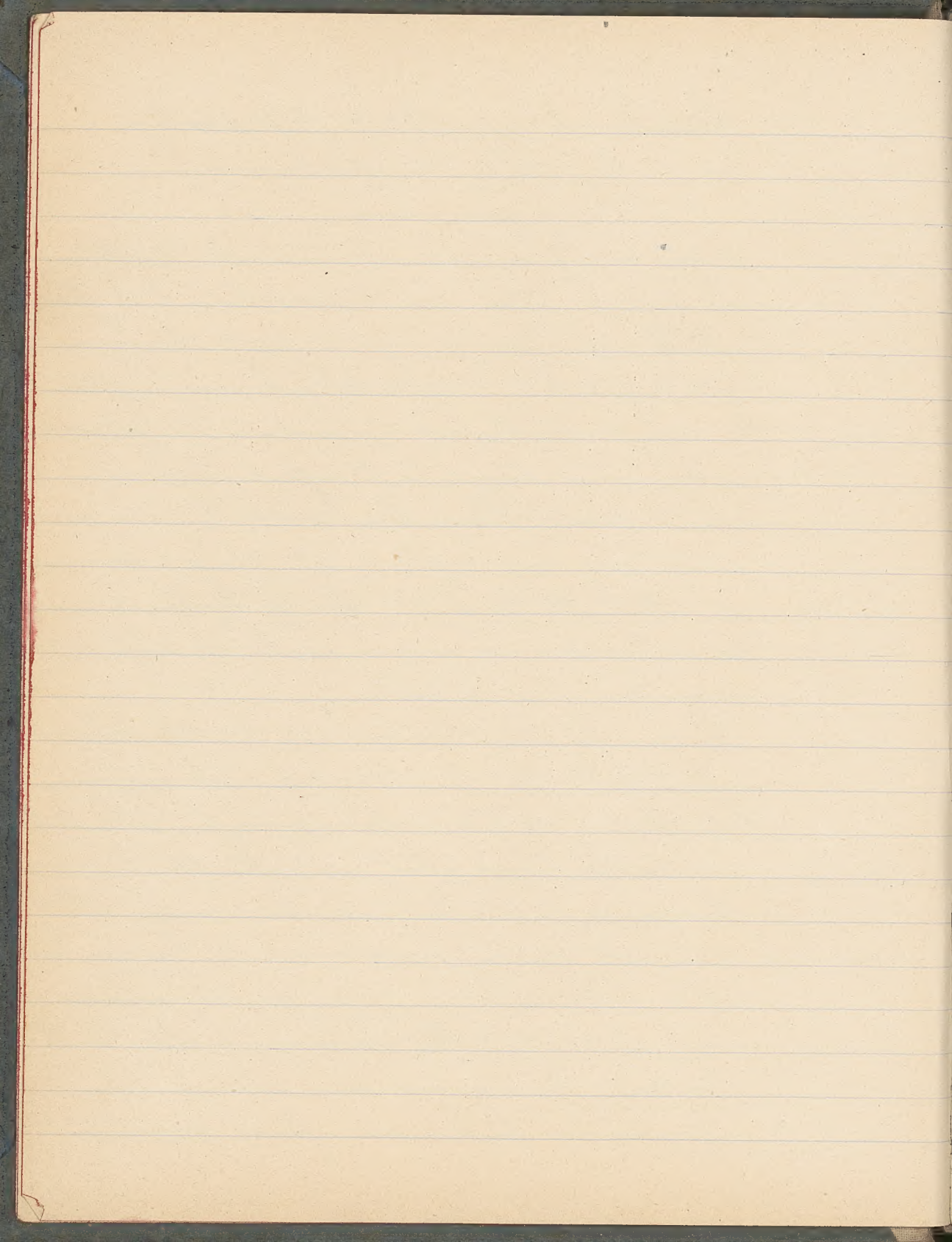
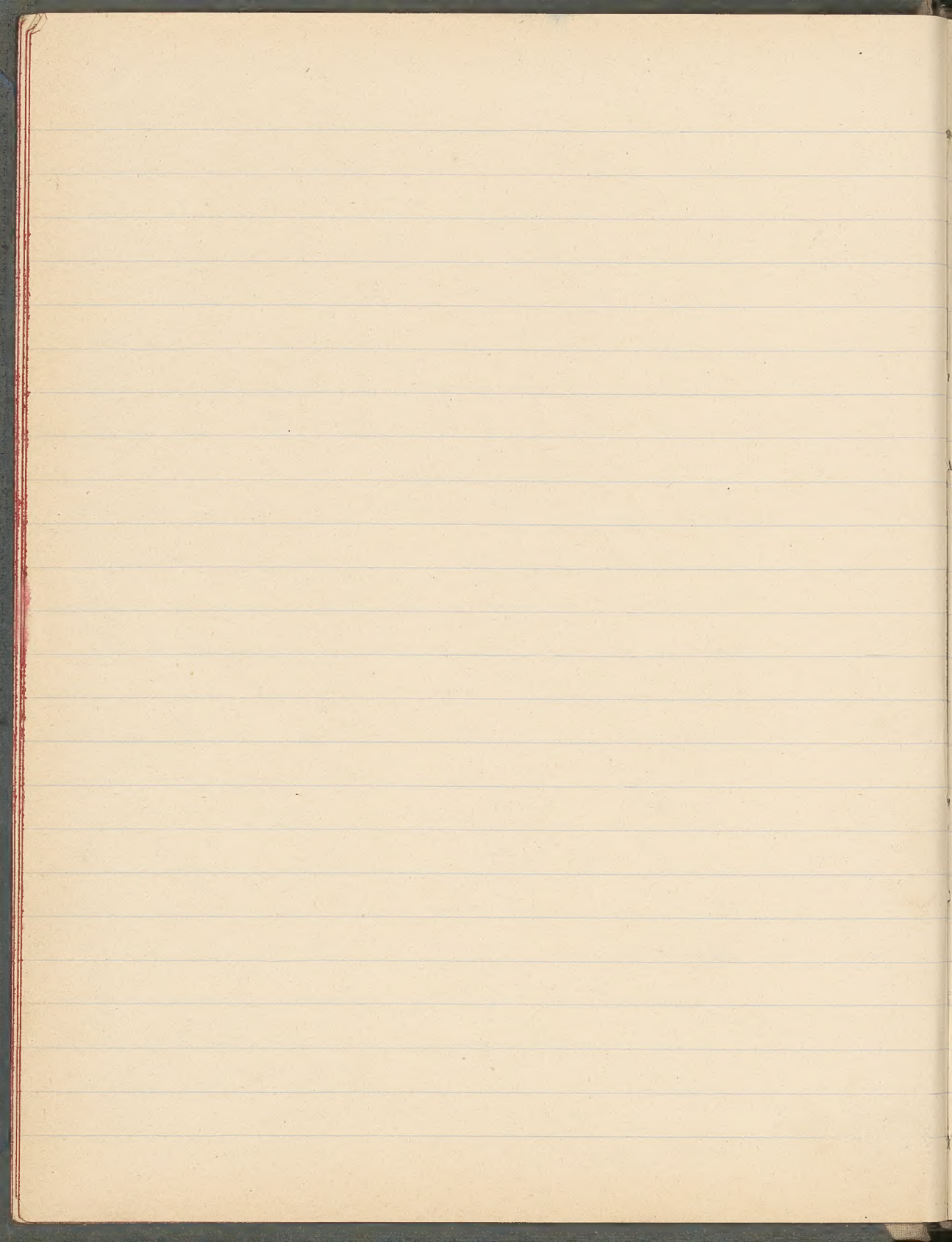
Cours de Monsieur le
Professeur Budin
(Suite.)

Conduite à tenir pendant la période d'expulsion.

La femme à ce moment doit être couchée car il faut éviter que l'accouchement se fasse debout, car dans ce cas on peut observer un grand nombre d'accidents; déchirures, rupture du cordon, décollement prématuré du placenta contusions du crâne de l'enfant. Pendant cette période d'expulsion avoir toujours une cuvette avec du sublimé et plonger ses mains, surveiller attentivement les B. D. C., si on a des doutes, que l'enfant court des risques ausculter très souvent.

Lorsque la tête arrive sur le plancher périnéal, les femmes éprouvent une envie d'aller à la garde-robe, se méfier et surtout ne pas les laisser aller au cabinets.

Les jambes sont pliées, avec leurs mains elles prennent point d'appui sur les barreaux du lit et poussent énergiquement, les muscles sont contractés elles éprouveront alors de la douleur, des crampes au niveau des jambes, on frictionnera, faire imprimer

des mouvements de contraction et d'extension aux orteils. On devra envelopper les membres infres de sa cliente avec des serviettes, on pourra mettre un drap de siège au moment où la tête arrive au niveau de l'orifice vulvaire, puis on surveille le périnée, à ce sujet la conduite à tenir a été beaucoup discutée, tous les auteurs ne sont pas d'accord

<u>Primipare</u> – La tête arrivant sur le plancher périnéal rencontre un premier obstacle : l'orifice vaginal ; des déchirures se produisent sur ce dernier pour livrer passage à la tête. Le plus souvent les déchirures se produisent en arrière et se prolongent sur le vagin, la fourchette, gagne le périnée : déchirure incomplète ; jusqu'à l'orifice anal : déchirure complète parfois même la cloison recto-vaginale se trouve attaquée ~~Ces~~ déchirures à la partie antérieure ~~gagnant les petites lèvres~~ gagnant le méat urinaire, ou sur les parties latérales : section complète des petites lèvres ou en boutonnière.

La déchirure s'étend au moment du passage du diamètre sous-occipito-frontal qui est le plus important, puis les épaules, quelquefois du siège s'il est trop volumineux, et s'il est expulsé trop brusquement peut déterminer une déchirure.
D'après Mathews Duncan: 3 éléments entrent en jeu: 1° l'élément tissu, 2° l'élément temps, 3° l'élément direction.
Elément tissu – Il est des femmes chez lesquelles les tissus sont extensibles, ils se laissent distendre, on a de grandes chances de ne pas avoir de déchirures; chez d'autres au contraire ils sont résistants, se déchirent tout d'un coup, sur une grande étendue chez d'autres encore ils s'écaillent se fendillent surtout chez les femmes dont les tissus sont infiltrés: albuminuriques, femmes malades depuis longtemps.
On ne peut donc rien faire pour l'élément tissu, mais on peut beaucoup sur les deux autres éléments: temps et direction
Elément temps: Ne pas se hâter car les tissus distendus trop ~~brusquement~~ progressivement

peuvent laisser passer la tête sans qu'il se produisent de déchirure ; au contraire si la tête est expulsée trop brusquement, fatalement une déchirure assez étendue quand elle n'est pas complète se produit, tant qu'à l'élément direction, il faut amener le sous-occiput en rapport avec le ligament triangulaire et faciliter le dégagement de la tête, des épaules et du siège dans une direction favorable.

Expulsion (suite.)

La femme étant couchée dans le décubitus dorsal on se place généralement du côté droit et on surveille attentivement le périnée ; au moment où la tête a franchi l'orifice vaginal et arrive à l'orifice vulvaire on devra aseptiser ses mains en les plongeant dans une cuvette de sublimé pendant la période d'expulsion. Le sous-occiput sera mis en rapport avec le ligament triangulaire, on aidera doucement à la déflexion de la tête, ~~l'empêcher de sortir trop brusquement~~ si les contractions sont

très énergiques, si la femme fait des efforts
l'en empêcher s'il est possible et repousser
la tête, l'empêcher de sortir trop brusque-
ment dans la crainte de voir se produire
une déchirure du périnée, celui-ci n'ayant
pas eu le temps de se laisser distendre.
On verra apparaître le bregma, puis le
front, à ce moment recommander à la
femme de ne pas pousser, et pendant
l'intervalle d'une contraction on verra
doucement, lentement le périnée glisser
sur la face.
Autrefois on disait que l'on soutenait
le périnée, aujourd'hui on ne le fait plus
car ainsi on ne voit pas ce que devient le
périnée. Si la tête de l'enfant est sortie
attendre l'apparition d'une nouvelle
contraction, il se passe 2, 3, 4 et même 5 m.
sous l'influence de cette contraction
l'occiput tourne et l'épaule antérieure
vient se mettre en rapport avec
la symphyse pubienne, surveiller le
dégagement de ces épaules car s'il s'est
produit une petite déchirure elle

s'agrandit quelquefois, même s'il
n'y a pas eu ~~de~~ déchirures pour
le passage de la tête et une
se produit au passage des épaules
Après la sortie de la tête s'assurer
s'il n'y a pas de circulaires, les
faire passer sur la tête, sur les
épaules, si on ne réussit pas ne pas
insister, s'ils sont trop serrés mettre
~~les~~ pinces ou 2 ligatures et couper
entre, surveiller bien l'utérus à
ce moment, car le tronc pourrait
se trouver expulsé brusquement
surveiller aussi au passage du
siège.
On observe les déchirures plus fréquemment chez les primipares que chez
les multipares.
En France les femmes accouchent
dans le décubitus dorsal. En
Angleterre elles accouchent sur le côté
le périnée peut être mieux surveillé
Dans les cas de luxation de la hanche
elles accouchent sur le côté.

Il est des femmes chez lesquelles malgré tout le périnée se déchire, on a conseillé alors de faire plusieurs incisions, l'épisiotomie, mais on a remarqué que ces déchirures laissaient une plaie, des noyaux cicatriciels très douloureux et quelquefois malgré l'épisiotomie il se produit une déchirure du périnée.

Monsieur Tarnier avait dit qu'il fallait faire une incision sur la ligne médiane et la faire continuer sur les parties latérales, ainsi le périnée ne continue pas à se déchirer sur la ligne médiane et ne risque pas d'attaquer le sphincter. On aura recours à cette opération que dans des cas particuliers, lorsqu'il existe des hémorroïdes.

Il arrive parfois au moment de l'accouchement alors que la tête arrive sur le plancher périnéal voir ce dernier se distendre considérablement et la tête ne pas apparaître à l'orifice vulvaire.

chez le fœtus les poumons ne fonctionnent
pas, leur tissu est analogue au tissu
hépatique ; il n'y a pas d'air mais à la
naissance l'enfant fait des mouvements
d'inspiration. Il y a appel non seulement
d'air mais encore de sang au niveau du
poumon ; une nouvelle circulation se
trouve donc établie : la circulation pulmo-
naire. Les parois des veines ombilicales
sont très épaisses et reviennent sur
elles-mêmes comme l'a bien démontré
Mr Reibemont.
On s'est demandé s'il était bien
nécessaire de faire la ligature du cordon.
Oui, car si les enfants se trouvent
gênés dans leur respiration, sont trop
serrés dans leurs langes, la circulation
foeto-placentaire tend à reprendre son
cours ; on peut alors observer une hémorragie.
Autrefois on faisait la ligature double
craignant qu'il y ait [illegible]
On a beaucoup discuté pour savoir
si c'était [illegible]

faisait passer le sang contenu dans
les vaisseaux ombilicaux dans le corps de
l'enfant, Monsieur Négrier a démontré
ce fait, il a publié plusieurs observations
Il est des cas où l'enfant naît en état
d'asphyxie.

Asphyxie bleue. L'enfant est violacé,
il a trop d'acide carbonique dans son sang

Asphyxie blanche ou syncope. L'enfant
est pâle, inerte, flasque.

Autrefois on faisait une saignée du
cordon à l'enfant naissant en état
d'asphyxie: 60 grs. environ. Ce procédé
n'est plus usité aujourd'hui, car on
prive ainsi l'enfant de 90+60 = 150 grs
de sang.

On faisait cette saignée afin de faire
cesser la congestion pulmonaire et
cérébrale; mais puisque le poumon
contient peu ou pas de sang il ne
peut y avoir congestion. Pour la congestion
cérébrale si au lieu de faire une
saignée on fait crier cet enfant
il va respirer, ça cessera.

soulève il y a appel de sang ; la respi[illegible]
[illegible]

À côté de l'asphyxie bleue, il y a l'asphyxie blanche ou syncope ; l'enfant est pâle, flasque ; les battements sont perçus mais plus ou moins lents plus ou moins faibles ; dans ce cas la ligature hâtive doit être faite ; il ne suffit pas d'enlever les mucosités de flagelles car son état est très grave avec une plume à barbe aseptisée on excite [illegible]
mais quelquefois cela ne suffit pas et pendant toutes ces manœuvres l'enfant se refroidit, il faut donc le plonger dans un bain chaud, afin d'exciter les reflexes on fait couler un jet d'eau froide à une certaine hauteur si l'enfant se ranime il prend une teinte rosée qui gagne la partie [illegible] de la face, puis a un moment donné il fait un mouvement d'inspiration on continue ces manœuvres et la respiration ne tarde pas à s'établir, mais il arrive aussi que tous ces moyens ne suffisent [illegible]

En Allemagne on a recours à la ma-
nœuvre de Schultze mais cette manœuvre
est très discutée car en faisant l'autopsie
on voit bien souvent que l'air n'avait
pas pénétré dans les alvéoles pulmo-
naires. Cette manœuvre peut donc
réussir dans certains cas et échouer
dans d'autres.

On a imaginé des appareils semblables
à ceux dont on se sert pour ranimer
les noyés c'est une boîte dans laquelle
on fait le vide mais chez l'enfant
l'air ne pénètre pas car les conduits
aériens ne sont pas rigides ; ses parties
constituantes : épiglotte etc. s'appli-
quent les unes contre les autres, on
ne peut donc pas réussir.

Insufflation - Bouche à bouche. Dans
certains cas les enfants peuvent être
ranimés mais par la même raison
décrite ci-dessus l'air parfois n'arrive
pas jusqu'au niveau des alvéoles
Les voies aériennes sont obstruées
par des mucosités.

cartilages, le tube sera introduit dans le larynx.

On reconnaîtra qu'il a bien pénétré dans le larynx de plusieurs manières: 1°. le point où le doigt est en contact avec le métal à la partie supérieure; à la partie inférieure, plus bas on sent un bourrelet formé par les parties molles, 2°. En imprimant des mouvements de latéralité à l'instrument: le larynx mobile suit ces mouvements.

D'abord aspirer les mucosités, retirer le tube et souffler afin d'enlever les mucosités contenues dans son intérieur puis réintroduire l'instrument. Les poumons très élastiques vont se trouver distendus par l'air, la poitrine se dilate, on entend un bruit particulier au moment de l'expiration, pour qu'elle se produise appuyer sur la poitrine.

Si par erreur le tube a été introduit dans l'œsophage, gargouillement particulier, la poitrine ne se dilate pas, [illegible] l'air pénètre dans l'estomac.

la région épigastrique se dilate. De plus pas de mouvements de latéralité en déplaçant le tube.
Il faut faire 16 à 18 inspirations par minute. On a reproché à l'insufflation l'insufflation pratiquée trop violemment de déterminer la rupture des alvéoles pulmonaires emphysème pulmonaire mais des expériences ont démontré que le tissu pulmonaire était très résistant, ce n'est donc que très rarement qu'on verrait ce fait se produire. L'insufflation sera pratiquée avec douceur, car il est inutile qu'elle soit pratiquée avec violence.

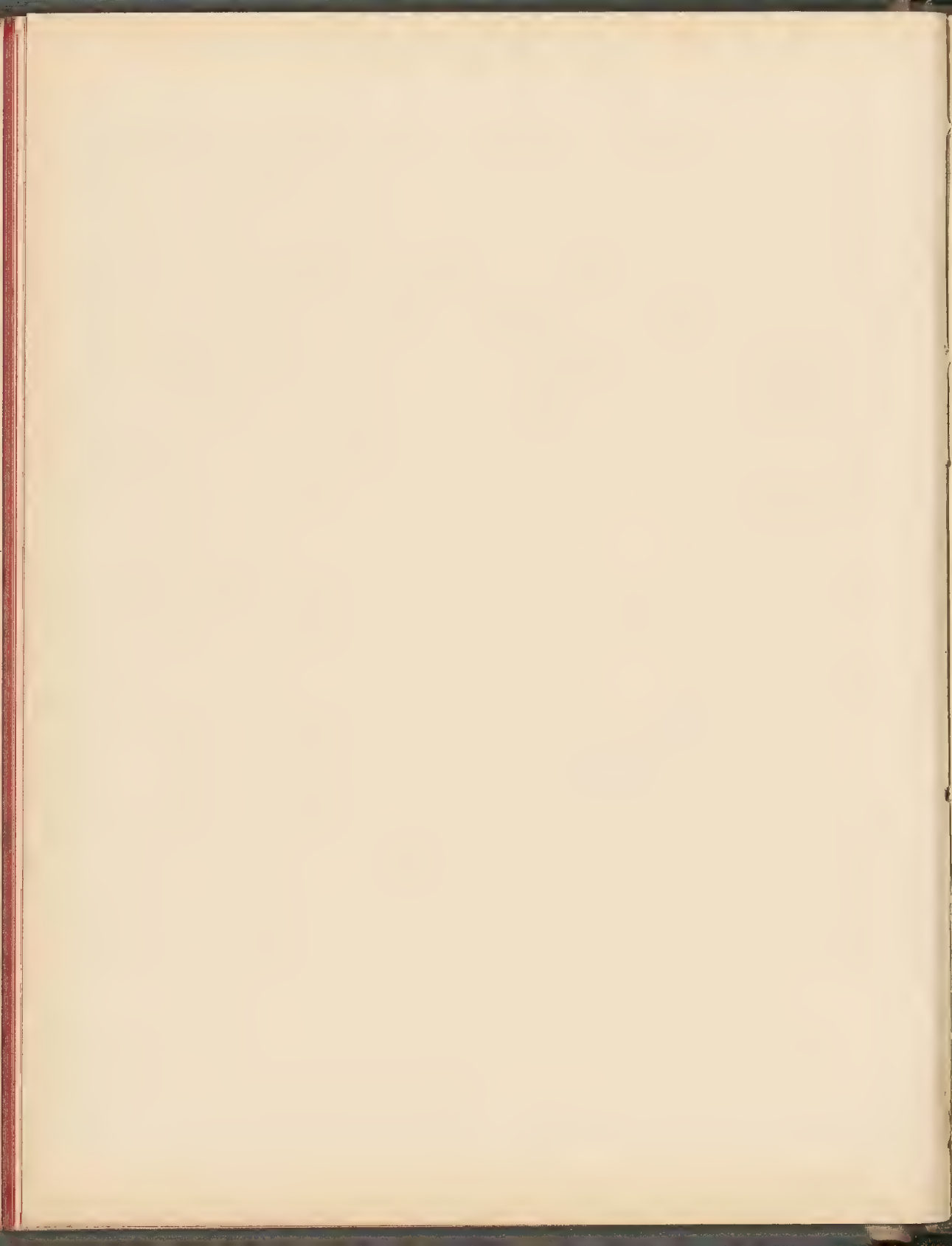
Quelques objections ont été faites à l'instrument de Monsieur Ribemont par M. Olivier, c'est que l'orifice situé sur les parties latérales peut se trouver obstrué en s'appliquant sur les parois du larynx. M. Ollivier a donc fait mettre l'ouverture regardant directement en bas. Autre inconvénient

présente une courbe supérieure vers à
l'introduction de l'instrument assez
difficile n'existant pas chez l'insufflateur
de Monsieur Olivier.
On a beaucoup insisté ces dernières
années sur un autre procédé pour
ranimer les enfants.
Procédé Laborde — qui consiste à faire
des tractions sur la langue à l'aide
d'une pince à langue lui faire
faire des mouvements [illegible]
[illegible] ; mais ce moyen est bien
inférieur à l'insufflation car si
des mucosités ont pénétré dans les
voies aériennes celles-ci malgré les
tractions ne seront pas désobstruées.
L'enfant étant [illegible]
[illegible]
recouvert d'un enduit très adhérent
avant de le plonger dans un bain
détacher toute la substance sébacée
avec un corps gras. Température du
bain 34° On se servira de cet
[illegible] nous [illegible]
[illegible]

Ensuite on devra essuyer l'enfant le poudrer. L'inspection sera faite afin de voir ~~afin de voir~~ s'il n'existe pas de malformations, s'il n'y a pas de fractures (siège) s'il n'y a pas de hernie dans ce cas faire attention pour la ligature. Du côté de la bouche s'il n'y a pas de ~~malfor~~ perforations de la voûte palatine, bec-de-lièvre filet peu d'inconvénients. Du côté de la tête ; hydrocéphalie, encéphalocèle, méningocèle.

Ligature — Plier un fil de lin en deux puis à 2 ou 3 : on fait la ligature s'il n'existe pas de hernie. On peut faire la ligature simple mais quand le cordon est trop gras il peut se produire une hémorragie ; les liquides de la gélatine de Wharton en contact avec la peau de l'enfant vont se résorber, le cordon se dessèche (inventé par Mr Lorrain) le fil ... donc au bout de quelques ... ...

comprimera plus les vaisseaux.
Mr Tarnier fit 3 ligatures simples
successives sur un cordon gros ce qui
n'empêcha pas à l'hémorragie de se
produire. On a conseillé de faire
sortir la gélatine, on a aussi [illegible]
de disséquer les vaisseaux et de les
lier séparément.
La ligature élastique a été employée
avec succès, mais ces fils élastiques
ont un inconvénient c'est que
s'ils sont mal constitués ils glis
sent puis ils s'altèrent. (Mr Lefort.)
A la Maternité on se sert d'un
fil de 20 à 30c. de long trempé
dans du sublimé. 1° ligature
simple circulaire 2° les deux chefs
remontant dans la partie [illegible] un
noeud est fait au centre on a donc
séparé les vaisseaux; une artère d'un
côté une artère et une veine de
l'autre entourant une des moitiés
une ligature [illegible]ment. [illegible]

Avec ce procédé on ne voit jamais d'hémorragie ombilicale se produire. Ensuite on fait le pansement du cordon à l'ouate hydrophile de préférence ou peut à défaut de ouate prendre un carré de toile. Surtout ne pas mettre de corps gras, car il ne se desséchera pas bien, odeur désagréable, accident. On habille ensuite les enfants soit en maillot soit à l'anglaise. Il ne faut pas trop serrer les enfants car ils pourraient être gênés dans leur respiration. Il ne faut pas non plus qu'ils soient [illegible] trop lâchés. Ils seront couchés tantôt sur le côté droit, tantôt sur le gauche. Dans l'hiver mettre des boules d'eau chaude mais bien les envelopper dans une toile épaisse afin que l'enfant ne [illegible] [illegible].

— Délivrance —

On entend par délivrance l'expulsion où l'extraction de l'arrière-faix hors des voies génitales.

Expulsion. L'arrière-faix est ex. sous l'influence seule des contractions utérines et du phénomène de l'effort.

Extraction. A l'aide de tractions et d'expression.

Le mécanisme de la délivrance comprend 3 temps:

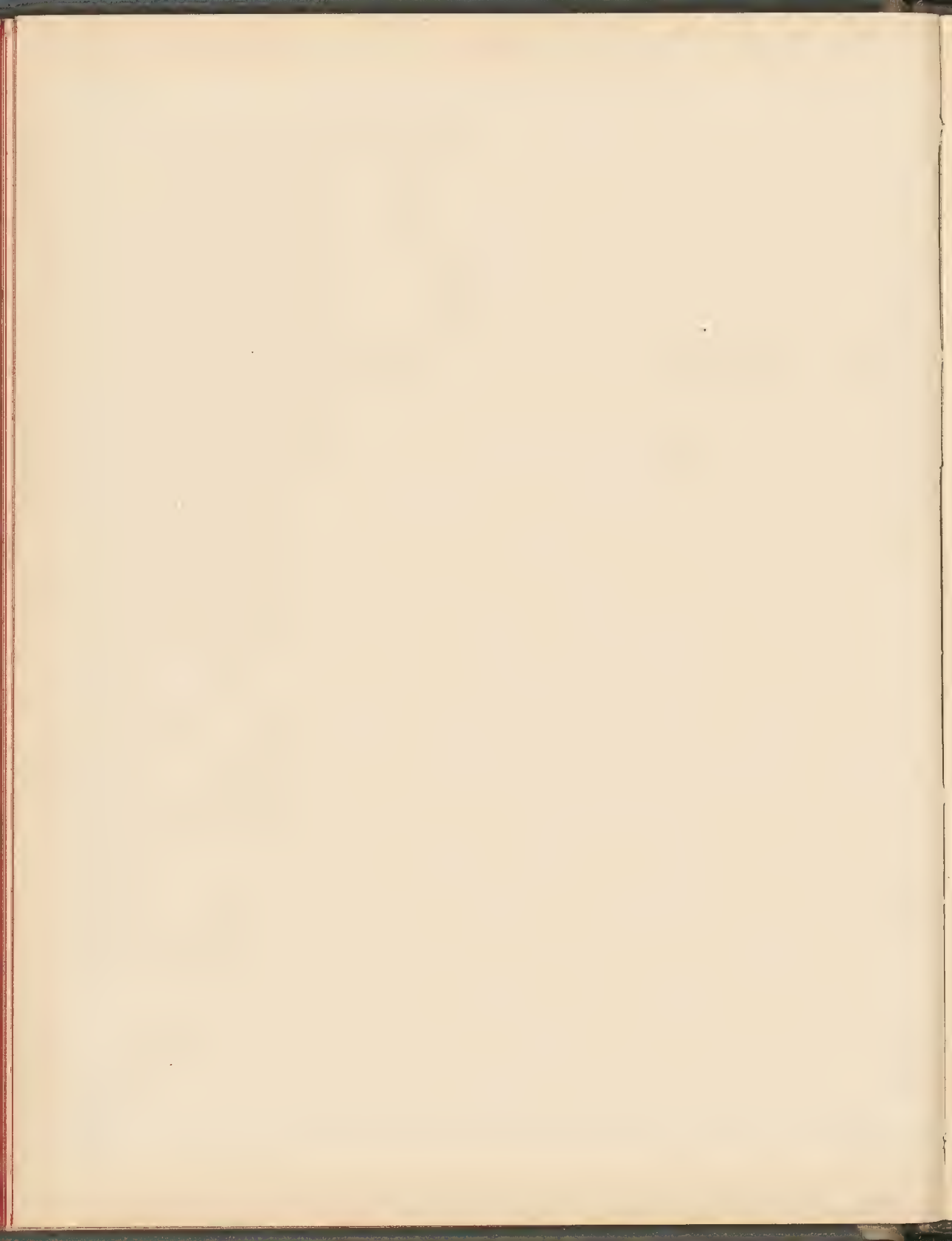
1° temps: décollement

2° temps: Passage de la cavité utérine dans la cavité vaginale.

3° temps: Sortie hors des organes génitaux.

Après l'expulsion du foetus il se passe un certain temps avant que l'utérus se contracte.

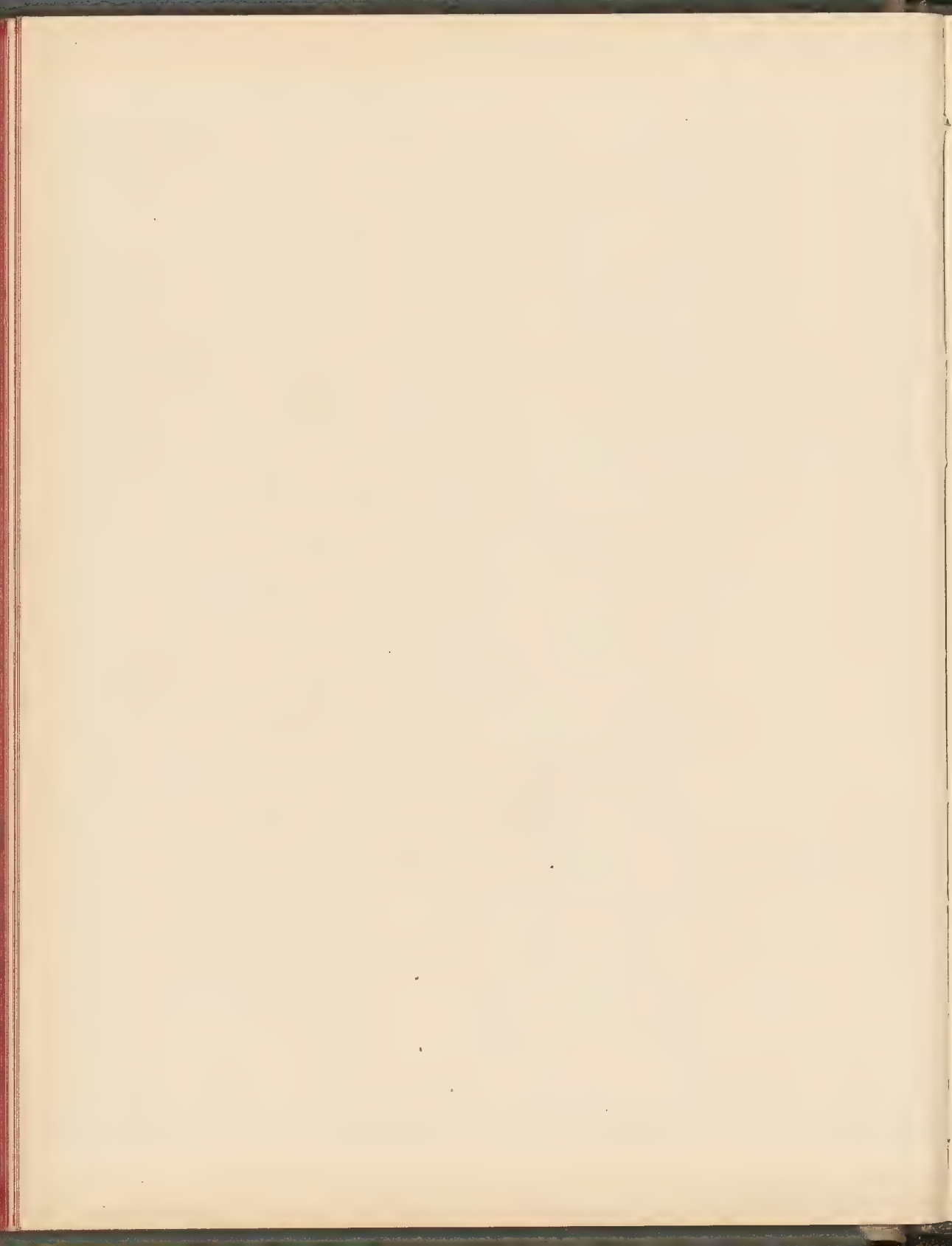
Le décollement du placenta se fait de plusieurs manières.

D'après Baudelocque il peut se décoller de 3 manières: par son centre, [illegible]

1° S'il se décolle par son centre, un épanchement sanguin se produit derrière le placenta le refoule; ce dernier se renverse complètement (forme parapluie retourné)

2° S'il se décolle par son bord supérieur il se trouve également refoulé par le sang qui s'accumule de plus en plus; le placenta se renverse comme dans le cas précédent. Dans ces 2 cas, il se trouve expulsé par sa face foetale. puis il se produit un écoulement sanguin.

3° Si le placenta se décolle par son bord inférieur le sang s'écoule à l'extérieur ce décollement se ferait progressivement de bas en haut et se roule en cornet d'oubli

Les différents mécanismes admis par tous les auteurs ont été discutés par Mathieus Duncan. il disait que le renversement du placenta ainsi que l'épanchement sanguin étaient dûs au traction;

et que le placenta se présentait le plus souvent par l'un de ses bords et derrière lui peu de sang.
Sous l'influence des contractions utérines le placenta se trouve chassé dans la cavité vaginale.
Beaucoup d'accoucheurs n'admettent pas ce mécanisme.
Mr. Budin fit des recherches en appliquant une pince sur le point qui se présentait, hors Mr. Budin remarqua qu'en abandonnant les choses à elles-mêmes dans un grand nombre de cas le placenta se présentait rarement par son centre le plus souvent par l'un de ses bords. Il est donc de l'avis de Matthews Duncan.
Le placenta étant décollé ne se trouve pas toujours chassé de suite dans le vagin il reste parfois sur le segment inférieur, ce n'est donc que lorsqu'il a passé dans la cavité vaginale que le 2e temps est accompli

Les fibres musculaires du vagin sont peu puissantes aussi le placenta peut rester un certain temps dans le vagin. «Paul Dubois»
Il est des cas dans lesquels le placenta se trouve expulsé de suite parceque le vagin se contracte et que la femme fait des efforts lorsque le placenta appuie sur le plancher pelvien. L'effort détermine la sortie du placenta.
(Dans le midi on fait faire un effort à la femme en soufflant dans une bouteille.)
Lorsque le placenta est expulsé sous l'influence des contractions utérines et vaginales et phénomène de l'effort c'est-à-dire lorsqu'on intervient dans aucun temps, on dit que la délivrance est spontanée.
Lorsqu'on intervient pour le 3e temps ou pour le second est 3e temps, à l'aide de tractions et d'expression la délivrance.

On dit que la délivrance est artifi-
cielle, lorsqu'on est obligé d'introduire
la main dans la cavité utérine
pour accomplir le 1er temps, soit pour
décoller le placenta en totalité ou
en partie.

- Conduite à tenir -

Après l'accouchement il faut surveiller
l'utérus c'est à dire constater s'il
se rétracte bien, s'il devient globuleux.
Il faut aussi surveiller l'accouchée afin
de s'assurer qu'elle ne perd pas; qu'elle
ne pâlit pas. prendre son pouls.
Surtout ne pas intervenir s'il ne
se produit pas d'hémorragie interne.
Pratiquant le toucher si on constate
la descente du placenta sur le plancher
pelvien on sera autorisé à croire que
les 2 premiers temps sont accomplis, on
fera alors quelques tractions sur le cordon
pendant une contraction. On tirera
légèrement en bas ensuite en haut.
S'il arrive qu'on ait constaté
[illegible]

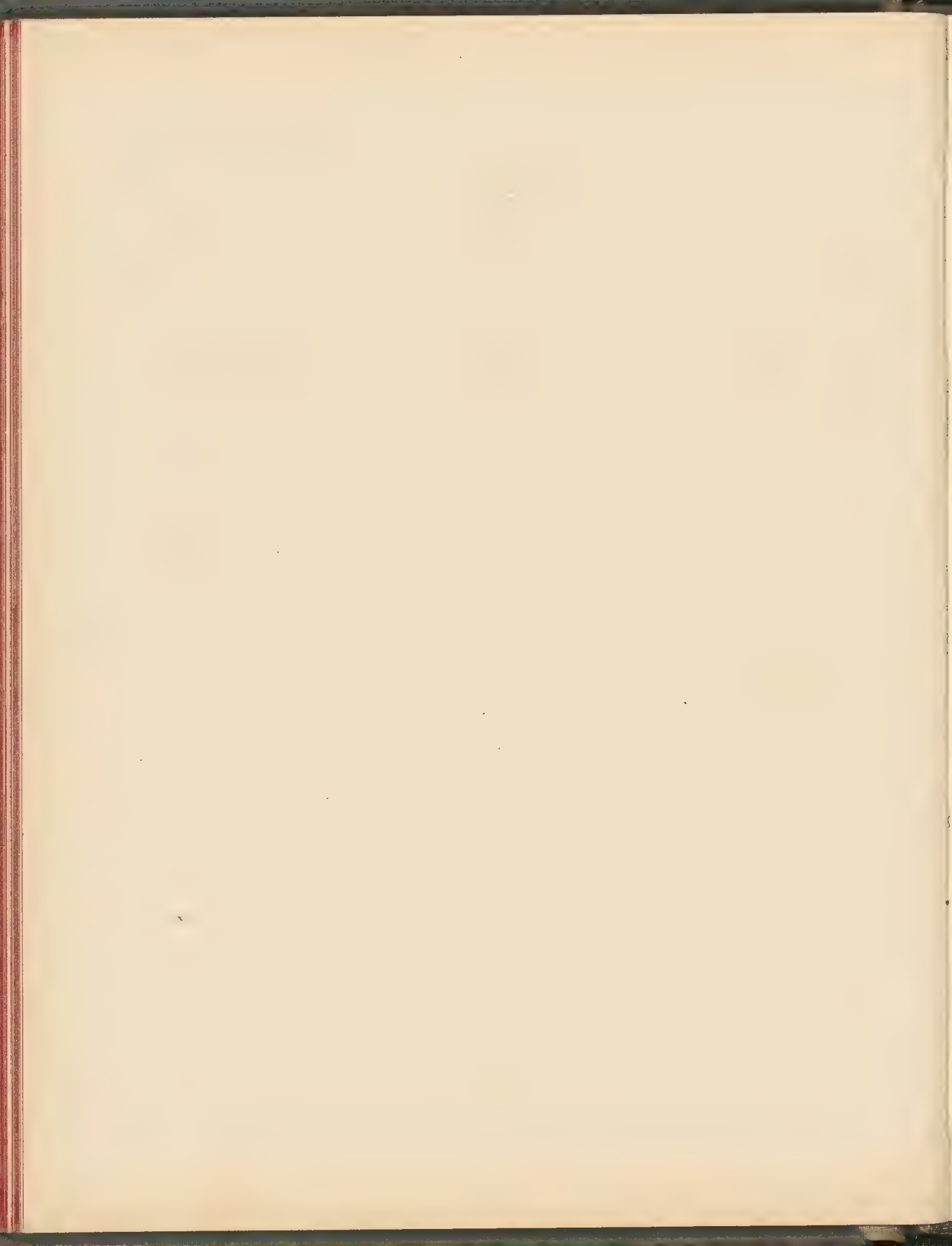
dans le vagin et mi-partie dans
la cavité cervicale il faut attendre
car les membranes ne sont pas encore
pas entièrement décollées. Lorsque
l'utérus est en antéflexion, le placenta
par suite de cette disposition
peut se trouver retenu dans la
cavité cervicale; si on remarque
que l'orifice externe se resserre alors
on devra faire des tractions sur le cordon.
Monsieur Depaul: « tendre et attendre. »
cette formule est dangereuse car on ne
sait jamais la force que l'on déploie
pour tendre le cordon, on peut ainsi
déterminer des hémorragies.
On fait la délivrance par traction.
On la fait aussi par expression:
l'extrémité des doigts appuyée sur
le fond de l'utérus on exerce une
pression sur l'organe et le placenta
se trouve ainsi chassé au dehors.
« Méthode de [illegible] »
Pour faire la délivrance par expression
[illegible]

les autres, au contraire, disent que l'expression doit être faite de suite après la sortie de l'enfant; mais il faut attendre pour plusieurs raisons: lorsqu'on fait la délivrance par expression on chasse bien le placenta mais si les membranes ne sont pas décollées il y a bien souvent rétention des membranes.

Mieux vaut intervenir par manœuvre mixte; c'est-à-dire par traction et expression combinées. (Méthode [illegible] employée à la Maternité.)

De la délivrance. (Suite.)

Ne pas intervenir, ne pas faire de tractions avant le décollement du placenta car si ces tractions sont faites dans l'intervalle des contractions, les sinus restent béants: hémorragie. Ou si le placenta ne se décolle pas on peut produire une inversion utérine. Parfois avec un placenta [illegible] sur le [illegible] [illegible]

que les membranes sont encore adhé-
rentes, cela peut tenir à 2 causes:
1° à un caillot contenu dans les
membranes et les empêchant de descendre
2° les membranes restent adhérentes
on peut employer plusieurs procédés:
1° imprimer au placenta des mouve-
ments de rotation (peu employé)
2° Aseptiser et introduire les doigts dans
la cavité vaginale, faire la [illegible]
le renvoie en tirant doucement,
si les membranes résistent ne pas
insister, attendre un peu, si elles
ne se décollent pas complètement
jetez un fil sur la partie qui
reste.
On doit examiner le arrière-faix
afin de s'assurer s'il est complet.
L'examen doit porter sur le tissu
placentaire et sur les membranes.
Regarder au centre et à la périphérie
s'il ne manque pas de cotylédons
s'il ne manque pas de membranes
s'il est quelque [illegible]

s'il manque du tissu placentaire c'est quand un morceau manque à la périphérie où il peut rester dans la cavité utérine un cotylédon accessoire. Monsieur Tarnier a très montré comment on pouvait reconnaître l'absence de ce cotylédon en examinant les membranes par transparence, on remarquera que des vaisseaux se rendent à ce cotylédon. Il est des cas où on doit examiner avec une très grande attention c'est quand ce cotylédon se trouve très près de la masse placentaire, le [illegible] indiqué par Monsieur Tarnier n'existe donc pas ; on examinera donc s'il ne manque pas un peu de tissu.

Lorsqu'un morceau de membranes reste dans la cavité utérine, il est possible qu'un cotylédon se trouve retenu avec elles, ce qui peut donner lieu à des accidents : hémorragie, infection

Il est un point qui a été très discuté, c'est celui de la quantité de sang perdu au moment de la délivrance. Autrefois on disait que le sang perdu pouvait être évalué à 700 grs, ce qui aujourd'hui constituerait une hémorragie assez grave.

La ligature du cordon paraît jouer un rôle, si la ligature est faite hâtivement l'écoulement sanguin est assez abondant, si, au contraire la ligature est faite tardivement il s'écoule peu de sang, plus de facilité pour l'expulsion ou l'extraction de l'arrière-faix.

Dans le cas de grossesse gémellaire on ne doit pas faire de tractions sur le cordon du placenta du 1er foetus car il peut y avoir placenta unique, circulation commune, on produirait ~~une~~ hémorragie.

Exception - Cas dans lesquels le placenta du 1er foetus apparaît à l'orifice (1)

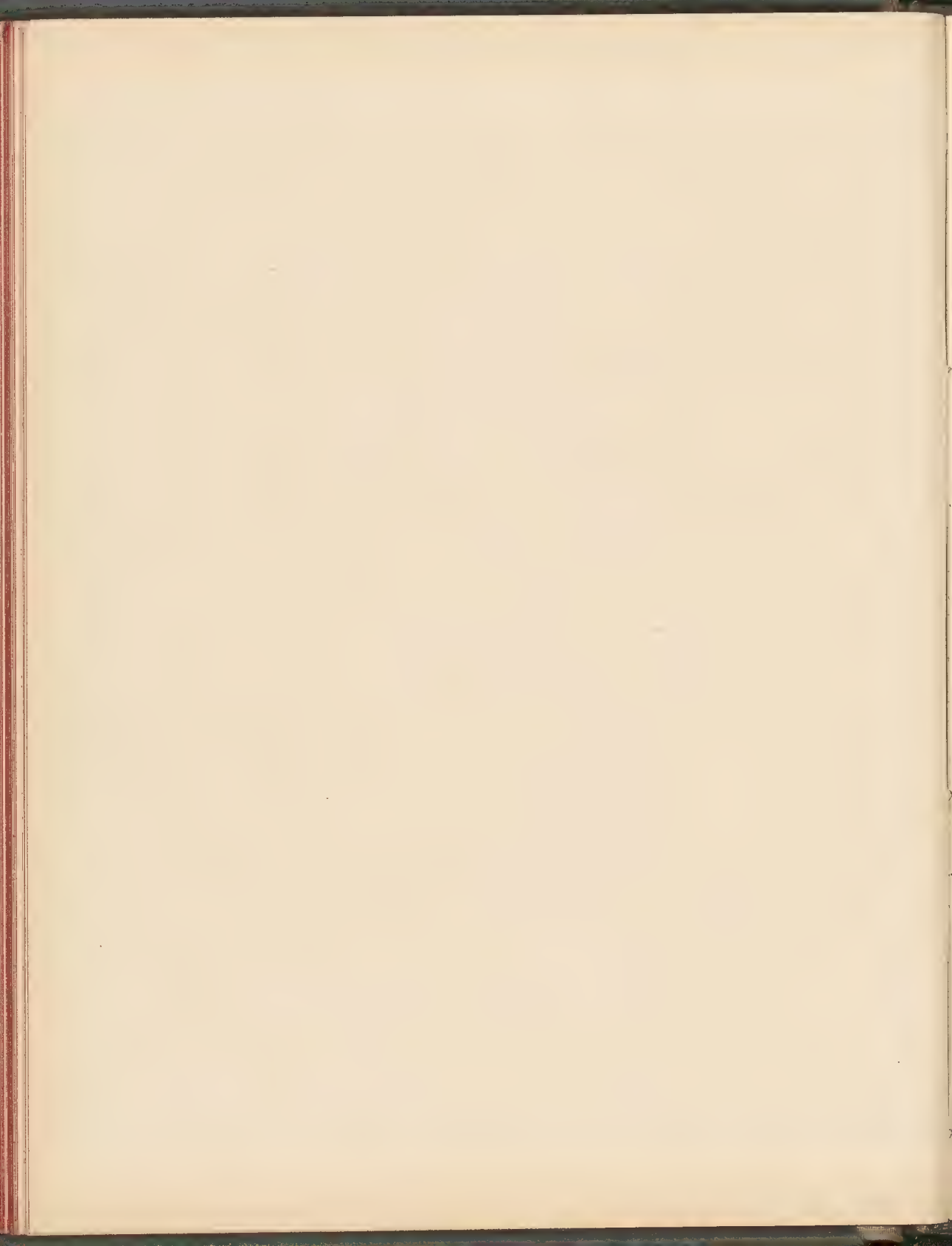
Soins à donner aux
— nouvelles accouchées —

La délivrance étant faite, on doit procéder à la toilette de l'accouchée, pour cela préparer un litre d'eau dans une cuvette dans laquelle on fera dissoudre un paquet de sublimé. Cette solution étant prête mettre dedans de l'ouate hydrophile ou du linge propre et bouilli.
Pour donner les injections on peut se servir d'un injecteur en verre (très fragile se brise facilement.) on peut aussi faire usage d'un injecteur en métal émaillé; très commode et beaucoup employé, ajouter à cet injecteur un [illegible] en caoutchouc épais gris ou rouge, ce dernier plus résistant est préférable.
Les canules dont on se sert le plus habituellement sont en verre elle sont très facile à nettoyer à l'acide intérieur, mais elles ont un inconvénient c'est d'être

On peut se servir de canules en gomme caoutchouc durci, caoutchouc rouge qu'on aura fait bouillir et plongées ensuite dans une solution de sublimé.
Pour les injections on devra se servir d'eau tiède, car après l'accouchement les organes génitaux sont très sensibles. et de l'eau très chaude peut déterminer de la douleur, on en fera usage qu'en cas d'hémorragie.
Un bassin (bidet) sera glissé sous le siège de l'accouchée qui sera couchée sur le dos, les talons rapprochés des fesses, les coudes reposant sur le lit à l'aide de ces derniers elle se soulève facilement.
Après avoir bien lavé le canal vaginal on devra faire la toilette externe surtout sur tous les organes: grandes et petites lèvres entre lesquelles il s'accumule de l'enduit sébacé, mont de Vénus, abdomen, cuisses, fesses. Essuyer et enlever le bassin.
En [illegible]

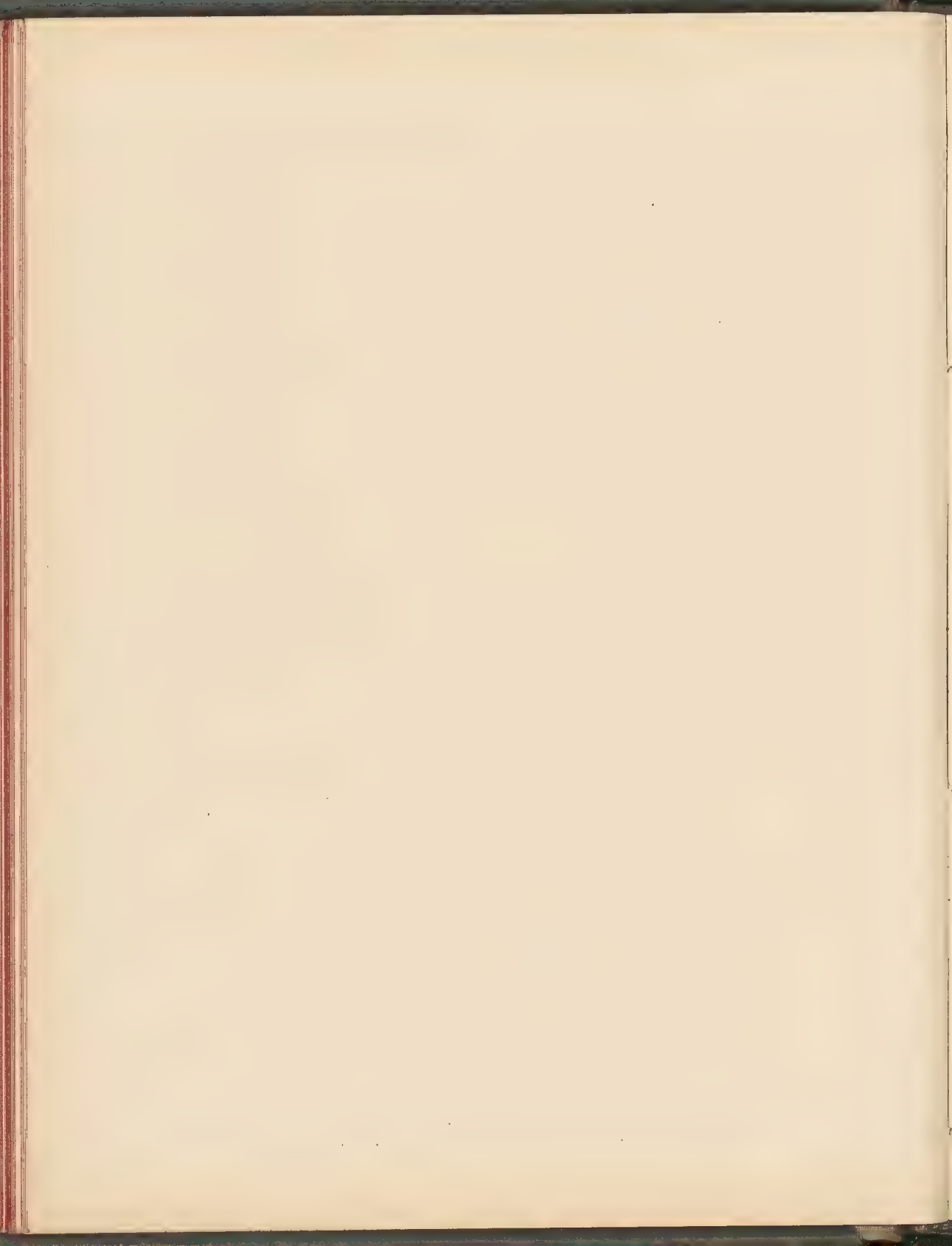
(1) Galactophora.

des côtés on lavera toutes les parties souillées pendant l'accouchement on profitera de cette situation pour rouler et enlever la toile caoutchoutée et l'alèze provisoires. Mettre sur la vulve un pansement sec.
Dans les cas simples il est inutile de faire des injections intra-utérines qui peuvent présenter de grands inconvénients si elles sont mal faites ; canule malpropre, mal dirigée. La sage-femme ne fera faire des injections intra-utérines que sur l'ordre et sous la responsabilité du médecin.
Les injections vaginales étaient faites autrefois avec une bouteille en verre à laquelle on adaptait un bouchon muni d'un long tube mince (très fragile) destiné au passage de l'air, puis d'un gros tube pour le passage du liquide, un long tube en caoutchouc complétait cet appareil.
(1) Aujourd'hui on emploie un autre appareil : bouteille - bouchon de [illegible]
[illegible]

un tuyau [illegible] (pas fragile) facile à transporter et qui rend de grands services. Adapter un tube de caoutchouc et une canule en caoutchouc durci [illegible] à son extrémité.
Des déchirures ont pu se produire au moment de l'accouchement, si cette déchirure est peu étendue il suffit de rapprocher les jambes mais si elle est très étendue il suffit on peut avoir recours à plusieurs procédés suivant le degré de la déchirure.
Si la déchirure est très étendue, déchirure complète, un médecin sera appelé et fera une périnéorraphie. Si la déchirure est incomplète on a recours aux serres-fines imaginées par Vidal de Cassis, il faut qu'elles soit assez fortes, trop petites elles ne prennent que la peau.
Mais ces serres-fines peuvent déterminer des [illegible]

destruction des tissus, on emploi le plus habituellement des serres-plates, moins douloureuses. Il arrive aussi que ces serres fines et serres-plates glissent, on emploie alors les serres-fines de Monsieur Boissard munie de 2 petites pointes en forme de crochet que l'on enfonce dans les tissus. Ces serres-fines sont très commodes et donnent de bons résultat, elle ne déterminent pas d'escharres puisqu'elle n'exercent aucune préssion.

Les serres-fines seront enlevées au bout de 24 heures mais on peut les laisser 48 heures sans aucun inconvénient. Ensuite on ramènera le drap et couverture et l'accouchée se trouvera ainsi dans son lit définitif.

Pour changer la chemise, imprimer à l'accouchée le moins de mouvement possible, cela provoquant de temps une syncope. La chemise devra être remontée par en haut (plus commode) et devra être remplacée par une

Avec une serviette faire un bandage de corps après lequel on devra fixer la serviette placée au devant des organes génitaux afin de maintenir la ouate, on la fixera à l'aide d'épingles anglaises. Pour favoriser le retrait des parois abdominales on devra maintenir celles-ci à l'aide d'un bandage de corps [illegible] toile, au-dessous duquel on placera une couche de ouate ou une serviette éponge pliée en 4. On peut aussi faire usage de la ceinture russe en tricot caoutchouc imaginée par [illegible] de St-Pétersbourg. Les accouchées se trouvent très à l'aise dans cette ceinture.
Ensuite il faudra débarrasser la pièce de tout ce qui est inutile. On fera prendre à l'accouchée un peu de potage ou un grog, ensuite bien la surveiller et la laisser reposer.

Modifications consécutives
— à l'accouchement —

Vulve

Après l'accouchement on constate en général, surtout chez les primipares des lésions plus ou moins nombreuses et plus ou moins étendues de la vulve. L'orifice vaginal se rompt le plus souvent sur la ligne médiane et en arrière, cette rupture en se continuant va contribuer à la production des déchirures de la fourchette et du périnée. D'autres lésions peuvent exister en d'autres points de l'orifice vaginal : sur les parties latérales s'étendre jusque sur la petite lèvre, la sectionner complètement et même s'étendre sur le bulbe ou sectionner la petite lèvre en forme de boutonnière.
Quelquefois les lésions suivent en haut la ligne médiane atteignent le méat urinaire, le vestibule et l'une des branches du clitoris.
Il peut y avoir des [illegible]

pas comme point de départ l'orifice vaginal; elles se produisent au niveau de l'orifice vulvaire par suite de la trop grande distension : multipare gros enfant.
Ces diverses lésions, quand elles sont profondes donnent parfois lieu à des hémorragies graves.
Petites déchirures du périnée : rapprocher les bords de la plaie et les mettre en contact à l'aide de serres-fines
Déchirures plus étendues ou complètes : Médecin : périnéoraphie.
Sections des petites lèvres : rapprocher les bords de la déchirure et mettre petites serres fines; cela réussit dans certains cas, mais on se borne le plus souvent à faire l'antisepsie.
Chez les primipares l'orifice vaginal se rompt au premier rapprochement sexuel : petites fissures peu étendues, quelquefois ces fissures n'existent pas.
Après le 1er accouchement l'orifice

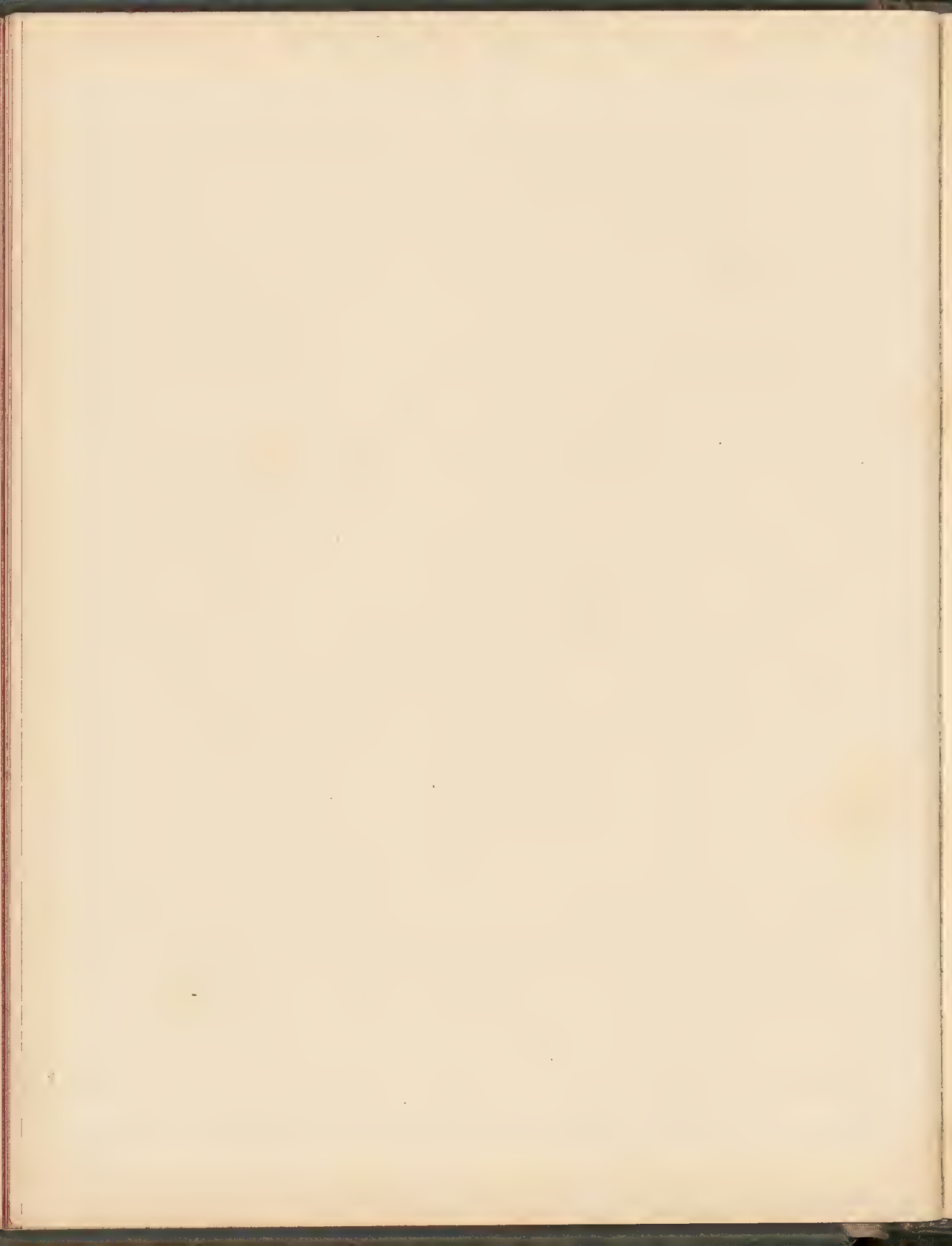
de l'orifice vaginal se trouve absolument changé, en examinant cet orifice on trouve encore un petit cercle mesurant un ou deux millimètres. Le plus habituellement il ne reste de l'orifice vaginal que des petits bourgeons charnus appelés : caroncules myrtiformes. D'autrefois les bords de l'orifice vaginal ont été contus par place, les tissus se gangrènent, tombent et une cicatrice à plat succède à l'eschare. Il est des cas dans lesquels la déchirure se fait d'une façon différente, l'orifice vaginal se détache presque sur tout le pourtour et il reste après l'accouchement un lambeau qui flotte.
L'existence de ces modifications au niveau des organes génitaux externes permet de reconnaître

Il survient d'autres modifications du côté du vagin, pendant l'accouchement les parois du vagin sont très distendues

deviennent lisses, les colonnes s'effacent, et se reforment dans les jours qui suivent. On a pu observer des déchirures longitudinales très étendues donnant lieu à un écoulement sanguin plus ou moins abondant. L'utérus qui pendant la grossesse a été très distendu va reprendre après l'accouchement sa forme primitive ; mais reste pendant un certain temps très volumineux.
Immédiatement après l'accouchement l'utérus descend très bas, le lendemain il peut se trouver plus élevé car ses contractions ainsi que celles des ligaments pelviens ayant cessé n'immobilisent plus cet organe. Il ne faut donc pas s'étonner de trouver le lendemain un utérus plus volumineux.
L'utérus revient progressivement sur lui-même et ce n'est qu'au bout de deux ou trois mois qu'il reprend son volume normal.
La régression de l'utérus se fait de la façon suivante : la séreuse revient sur elle-même. La musculeuse : les fibres

musculaires subissent la dégénérescence fibro-graisseuse et il y a résorbtion de ces fibres par les vaisseaux sanguins.
Pour certains auteurs tout le tissu musculaire se résorberait et il y aurait formation de fibres nouvelles. Pour d'autres auteurs il n'y aurait pas disparition totale.
Il y a également des modifications du côté des vaisseaux sanguins, ils reviennent sur eux-même d'une façon régulière et progressive, c'est pourquoi même trois jours après l'accouchement on peut observer le souffle utérin; il y a des caillots qui se forment au niveau de ces vaisseaux surtout au niveau de la plaie placentaire, ces caillots oblitèrent les orifices et empêchent les hémorragies ultérieures de se produire.
Il y a également régression des fibres nerveuses et du tissu conjonctif.
L'élimination se fait en partie par les urines pendant les jours qui suivent, c'est pourquoi pendant

longtemps on a cru qu'il se trouvait du sucre pendant les suites de couches.
Régression de la muqueuse — Au moment de la délivrance la partie superficielle de la muqueuse tombe avec les membranes de l'œuf, la partie profonde reste et les éléments qui la constituent vont proliférer et c'est aux dépens de ces éléments que va se constituer la nouvelle muqueuse.
Du côté du col utérin il y a aussi des modifications, au moment de l'accouchement il s'est effacé et dilaté considérablement puisque ses parois ont pu se mettre en contact avec celles de l'excavation. il se rétracte revient petit a petit sur lui-même et au bout de 30 a 40 jours a repris sa forme ordinaire, mais ce n'est qu'après 60 jours environ qu'il reprend ses dimensions.
Parfois l'écoulement sanguin qui avait presque cessé revient abondamment, on peut donner des irrigations chaudes.
Les ligaments larges, les ligaments ronds, les ligaments utéro-sacrés vont reprendre leur volume normal.

Il arrive dans certains cas que l'utérus revient mal sur lui-même, il y a subinvolution ; c'est-à-dire que l'utérus reste gros, on l'observe quand la femme se lève trop tôt, qu'elle fatigue ou quand il y a eu infection. D'autrefois au contraire il y a superinvolution c'est-à-dire que l'utérus devient très petit mais pour cela il faut être sûr, avoir constaté le volume de l'utérus avant la grossesse.
Les parois abdominales ayant été très distendues reviennent sur elles-mêmes les vergetures de violacées deviennent blanches. Il est des femmes chez lesquelles il y a éventration, écartement des muscles grands droits, les anses intestinales font hernie entre ces deux muscles.
Il en est de même des varices qui disparaissent avec une grande rapidité. La bouffissure qui existe chez la femme enceinte par suite de l'infiltration du tissu cellulaire diminue chaque jour et disparaît complètement.
L'organisme entier subit des modifications après l'accouchement l'appareil urinaire circulation et respiration reprennent leur état normal.
Du côté de la peau : le pigment disparaît petit à petit.

Il arrive parfois aussitôt après l'accouchement que l'accouchée est prise d'un frisson violent frisson qui n'est pas sans inquiéter la famille, mais il est physiologique car on ne constate aucune élévation de temp.re le pouls n'est pas plus fréquent.

Un écoulement sanguin se fait par la vulve, cet écoulement a reçu le nom de lochies. Pendant 24 h. il est constitué par du sang pur, puis il devient séro-sanguinolent, puis sereux; enfin il finit par disparaître complètement.

Autrefois on disait que les lochies étaient purulentes, mais cet écoulement est l'indice d'un état pathologique, aujourd'hui grâce à l'antisepsie on ne trouve plus si fréquemment ces lochies purulentes. Les lochies peuvent aussi être noirâtres, grisâtres c'est lorsqu'il existe une affection [illegible] utérine. Les lochies sont [illegible] par du liquide [illegible]

[illegible]

Soins à donner à la femme pendant les suites de couches

L'[illegible] [illegible] interroger la cliente afin de se rendre compte de son état général si elle n'éprouve aucun malaise si elle n'a pas eu de frisson. Prendre le pouls et la température. Bien tenir compte de l'état [illegible] qui est [illegible]

Prendre la température axillaire à l'aide du thermomètre, tube très étroit plus large à la partie inférieure qui constitue une sorte de cuvette remplie de mercure qui monte d'autant plus haut que la température est plus élevée.

L'instrument mis dans la glace fondante marque 0°, dans l'eau bouillante 100°. Les thermomètres médicaux vont de 32° à 43°. La température doit être prise dans le creux de l'aisselle en ayant soin de bien mettre le thermomètre en contact avec la peau de toute part, et le laisser 8 à 10 minutes.

On peut prendre la température vaginale, elle est élevée de 4 a 5 dixièmes de plus que la température axillaire Pour les enfants on a recourt à la temperature rectale. (on fait beaucoup usage d'un thermometre à boule).
Pendant les suites de couches la tempé: ne doit jamais dépasser 37°.5, donc toutes les fois qu'on constatera une température élevée c'est qu'il existe un état pathologique d'où des phénomenes d'infection.

— Suite —

Après avoir interrogé la femme afin de se rendre compte de son état général on ne manquera pas de lui demander si elle n'est pas constipée, si elle urine bien. Quand il y a rétention d'urine on remarque l'existence d'une tumeur qui donne à la percussion: de la matité cette tumeur remonte parfois très haut repoussant l'uterus, si celui-ci est incliné à droite il remonte jusqu'au niveau du foie

Dans le cas de rétention d'urine on a de la fluctuation à la palpation, douleurs dans le ventre, on peut croire à une péritonite, mais l'accouchée n'aura pas le faciès grippé, en l'interrogeant on apprendra qu'elle urine par régorgement le cathétérisme pratiqué suffira pour faire disparaître la tumeur qui n'est autre que la vessie distendue par une trop grande quantité d'urine.

Les sondes dont on fait usage sont, soit: en gomme, caoutchouc durci, verre, métal.

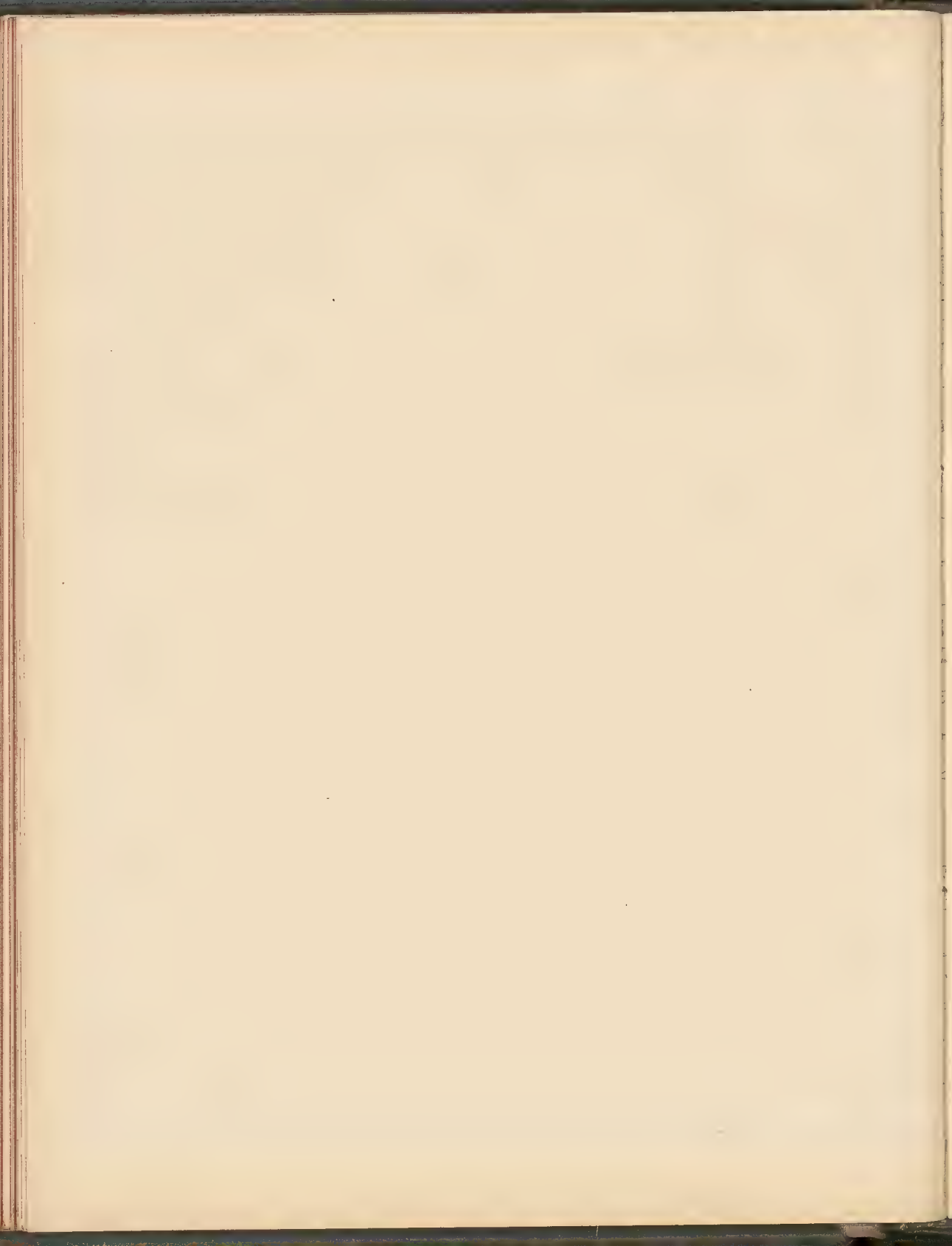
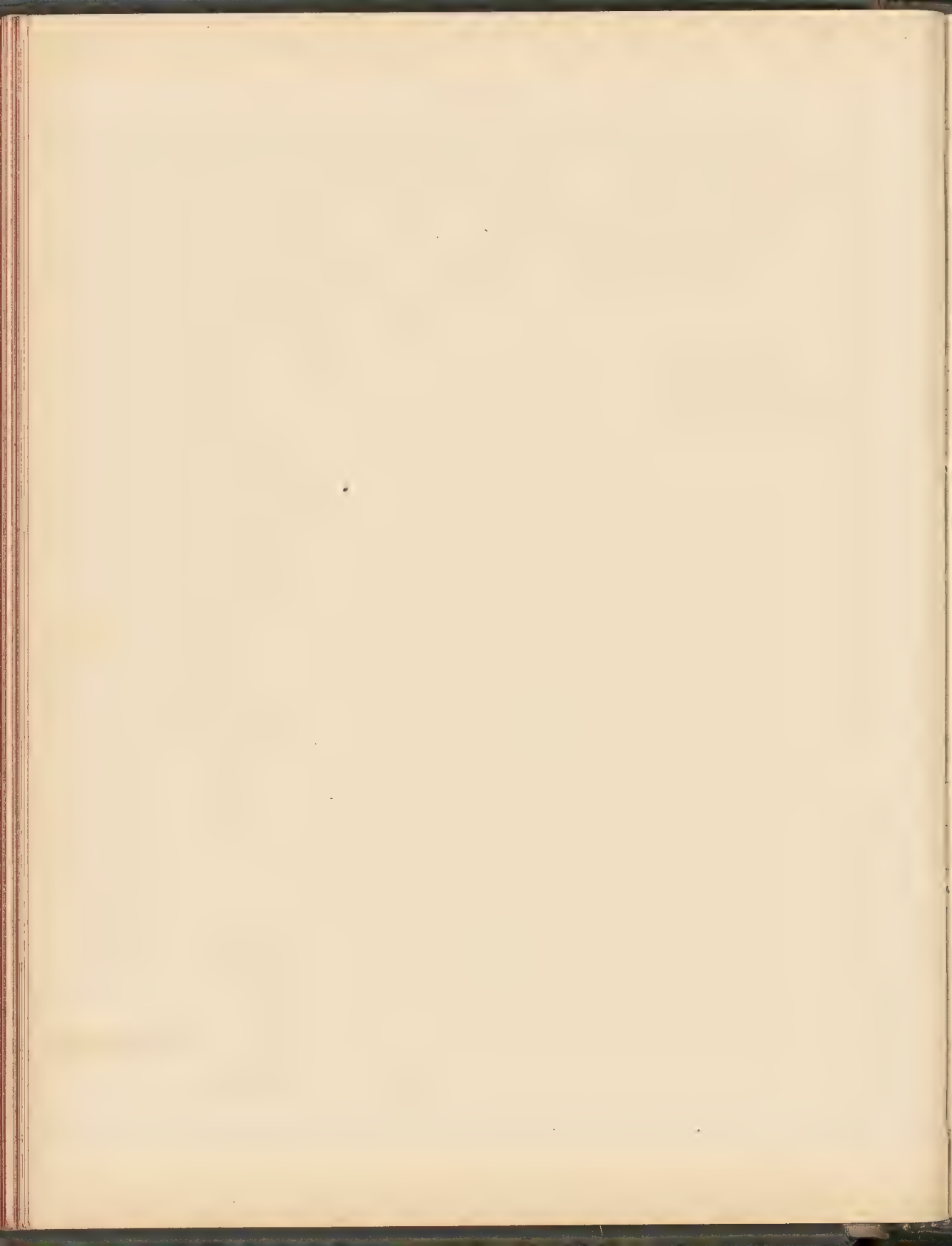
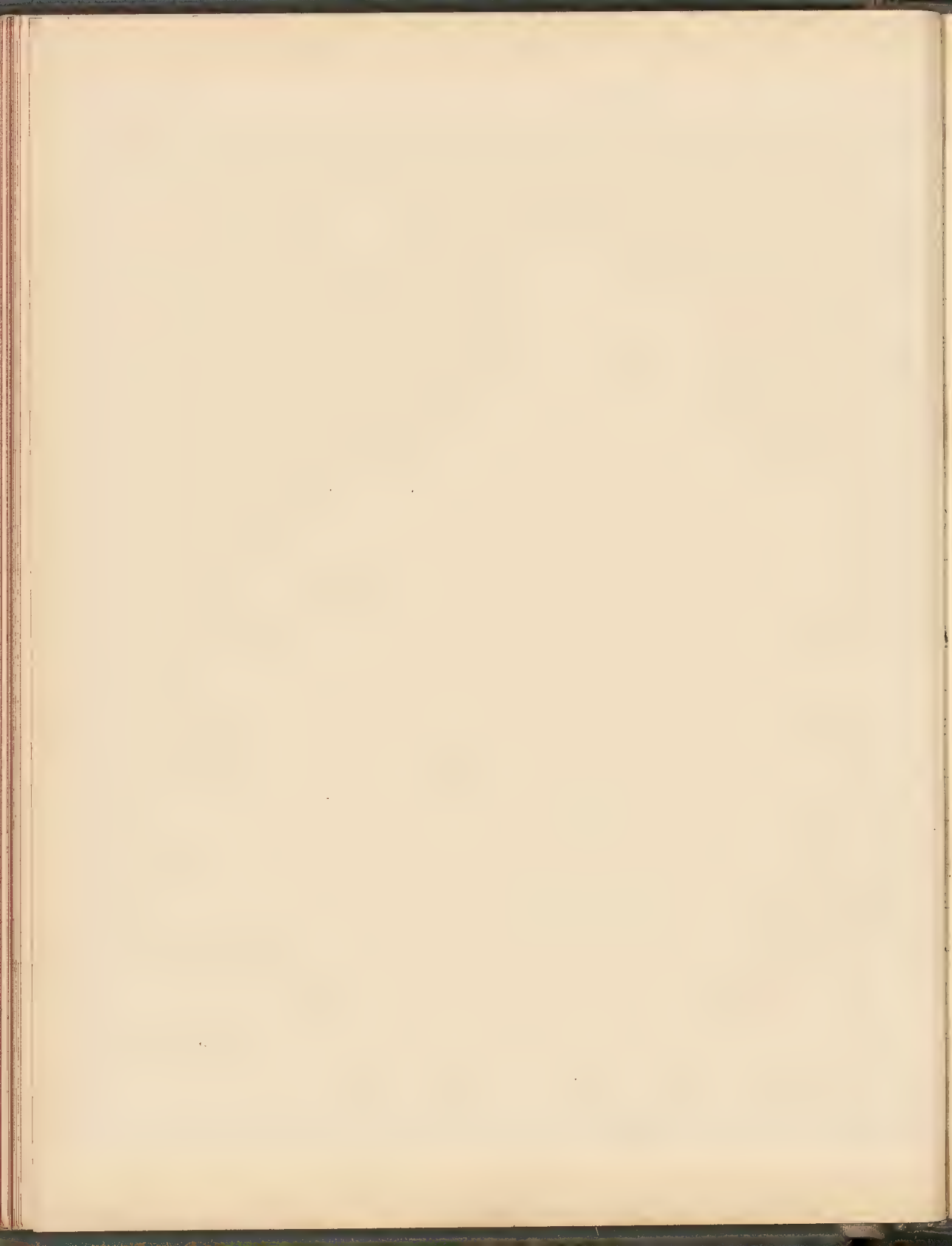
[illegible] aseptisée en la fesant bouillir ou flambée à l'alcool.

Sonde en verre - aseptisée dans l'acide nitrique.

La sonde sera plongée dans le sublimé [illegible]

[illegible]

la sonde dont l'extrémité aura été enduite de vaseline au sublimé sera introduite dans le canal de l'urèthre jusqu'à la vessie, on sentira le choc produit

par le liquide on place un bassin pour recueillir l'urine. Afin de s'assurer si la sonde est bien introduite on introduit le doigt dans le canal vaginal, on sentira ainsi la sonde.
On fera ensuite la toilette des organes génitaux, après avoir lavé les mains avec soin, la cuvette, le bassin aussi propre que possible sera passé sous le siège en imprimant à la femme le moins de mouvements possible.
Si on fait des injections vaginales on devra prendre de grandes précautions.
En Généralement il n'est pas nécessaire de faire des injections si pendant l'accouch^t et la délivrance on a pris tous les soins antiseptiques.
On fera des injections dans les cas de fœtus mort et macéré, liquide fétides, lochies fétides et quand il y a rétention de membrane.
On doit aussi surveiller les seins, les faire laver avec eau bouillie, eau alcoolisée, sublimé, veiller à ce que l'enfant ne soit pas mis trop souvent au sein.

car on pourrait voir survenir des crevasses, de la lymphangite : inflammation des vaisseaux lymphatiques par suite de la pénétration de germes septiques. De la galactophorite : pus dans les canaux galactophores, se traduisant par une élévation de température.
Si l'accouchée ne nourrit pas, faire la compression des seins, si elle ne va pas à la garde-robe on devra lui faire prendre un léger laxatif : 1 grs. rhubarbe un verre d'eau de Jonas etc. etc.
Donner moins d'aliments à prendre.
Surveiller la température de la chambre qui doit osciller entre 16° et 18°, renouveler l'air. Mettre la femme au repos absolu, défendre les visites, les conversations prolongées pendant 12 à 15 jours.
L'alimentation fut très longtemps discutée car autrefois on recommandait aux nouvelles accouchées de ne pas ou peu s'alimenter pendant quelques jours.
Aujourd'hui on permet sans inconvénient

l'alimentation, mais des aliments qui pourront être absorbés facilement et en quantité normale :
1er jour : bouillon, potage, oeufs pochés
2e jour : oeufs à la coque, brouillés ou en omelettes, poisson, cervelles, riz de veau, légumes verts ou en purée. Dans les jours qui suivent, Viandes, légumes, fruits cuits. Sauf lorsqu'il y a une montée laiteuse considérable, dans ce cas, les mettre un peu à la diète.
Comme boissons : Eau rougie, lait, cidre, tilleul, orangeade.
L'intestin devra bien fonctionner 3 j. après l'accouch.t donner un lavement la veille on pourra donner de la rhubarbe, eau de Janos, ou de eau de Rubinat. Se méfier car on peut observer une accumulation de matières fécales, élévation de température ; cela peut même aller plus loin, l'accouchée peut succomber par autointoxication : péritonite.

On peut aussi observer les hémorragiés pendant les suites de couches, dans les cas de constipation opiniâtre. Les accouchées doivent prendre un repos absolu, rester au lit un certain temps : 15 à 18 jours. On leur permettra de se lever que lorsque l'écoulement lochial aura cessé complètement depuis 3 à 4 jours. que l'utérus sera bien revenu sur lui-même et disparu dans l'excavation pelvienne.

Voyages : Elles ne doivent voyager qu'après leur retour de couches. Lorsqu'elles se lèvent trop-tôt et veulent marcher et sortir elles peuvent être prise de vertiges, d'embolie et même de syncope quelquefois mortelle.

C'est seulement après leur retour de couches qu'elles devront reprendre leur vie habituelle.

Ce retour de couches survient vers la 5ème où 6ème semaine ; recommander le séjour au lit pendant tout le temps de l'écoulement sanguin.

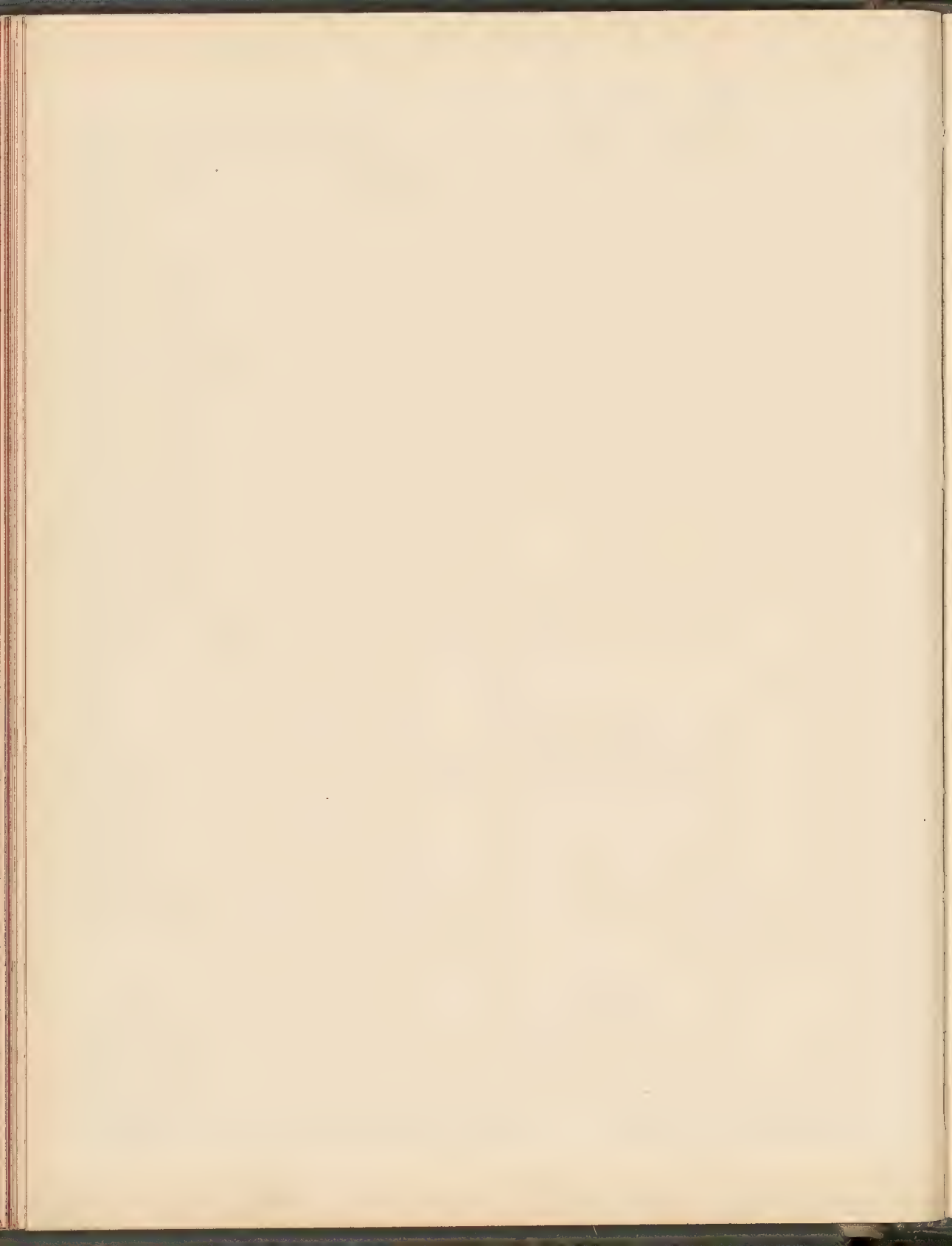
Pathologie de la grossesse

Autrefois lorsque la femme enceinte subissait un traumatisme, on pensait que l'avortement se produisait consécutivement, on sait maintenant que la grossesse peut continuer si on prend certaines précautions.

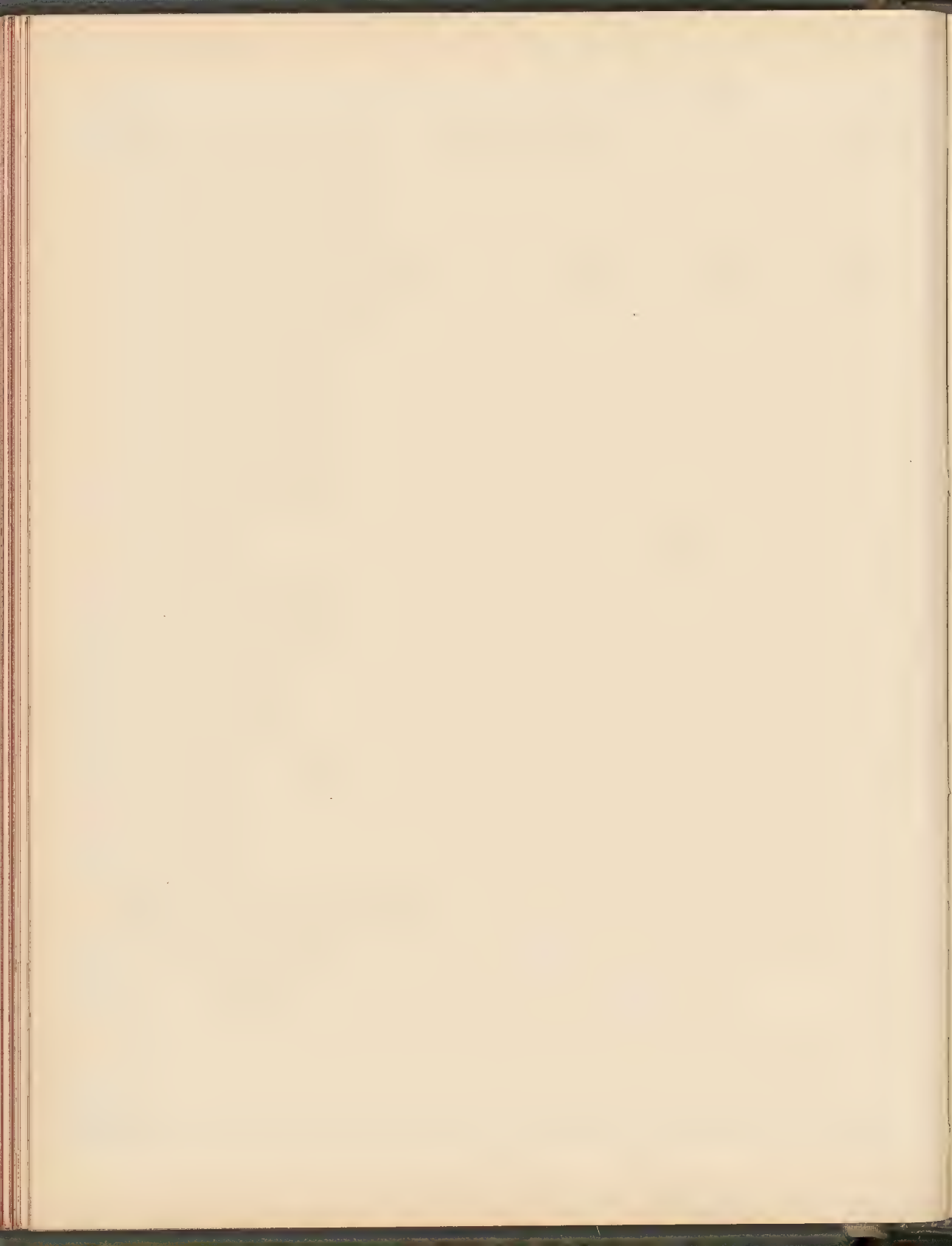
Dans certains cas une simple émotion, un traumatisme quelconque amènent la mort du foetus.

On distingue les traumatismes simples et les traumatismes accompagnés de complications.

Quelques chirurgiens ont dit que des opérations ne devaient pas être faites chez les femmes enceintes; depuis les progrès de l'antisepsie on a pu affirmer le contraire s'il n'y a pas de phénomène d'infection.

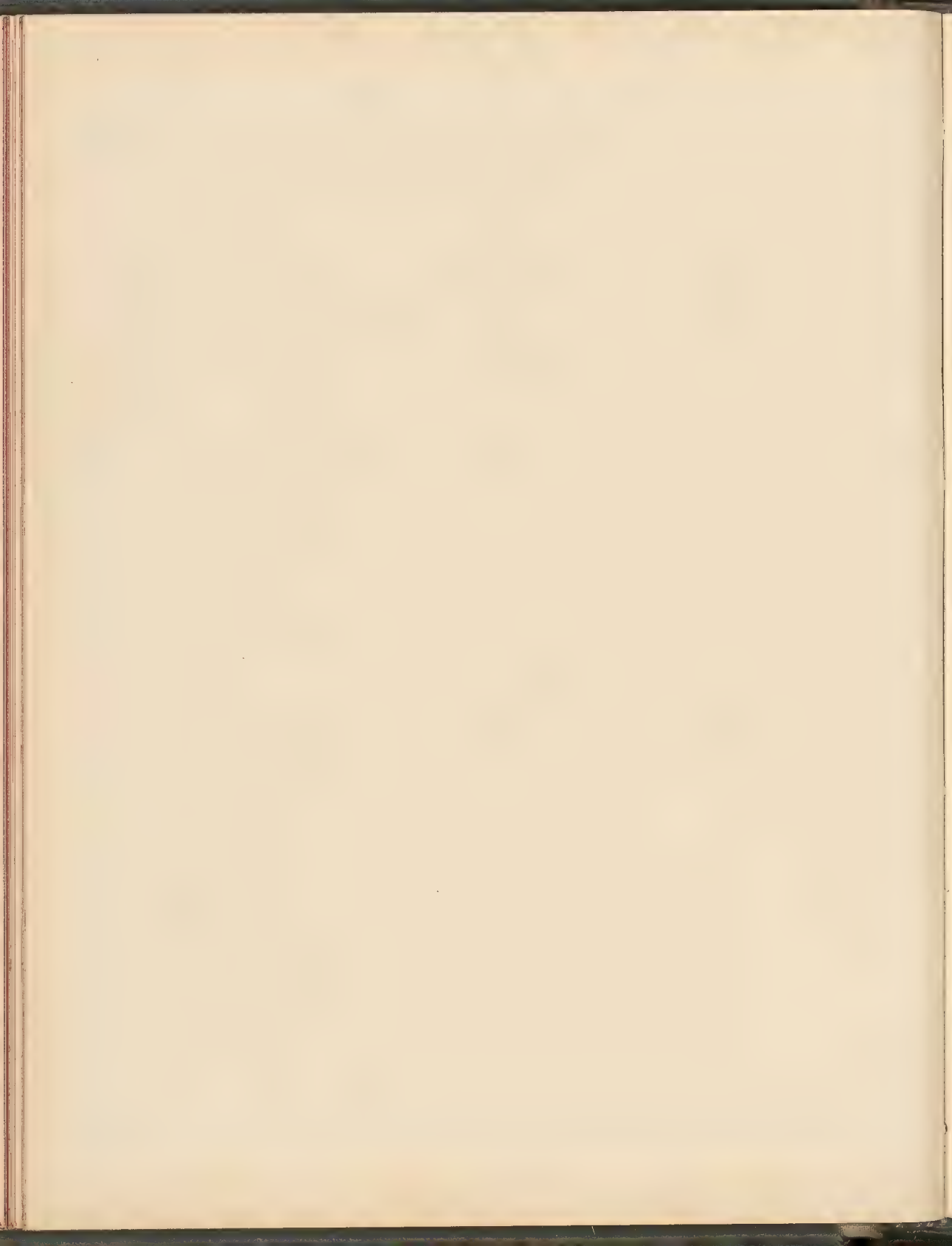
On distingue chez la femme: une zone génitale, comprenant les membres infrs et la partie infre du tronc jusqu'au niveau de l'ombilic.

Pendant la grossesse l'appareil génital à une circulation plus active, la vascularité des organes peut amener des hémorragies très graves, plus graves qu'au dessus de cette zone.
On a pu ~~faire~~ la laparotomie et enlever des fibrômes sans pour cela ~~arrêter~~ la marche de la grossesse.
Donc si l'opération n'est pas suivie de phénomènes inflammatoires, la grossesse peut continuer.

– Maladies fébriles –

Pleurésie, pneumonie, fièvre typhoïde scarlatine, amènent la mort de l'enfant si la temp. s'élève à 41°.
Si chez une femme bien portante la température s'élève brusquement l'enfant succombe presque toujours, si au contraire la température s'élève lentement, progressivement l'enfant à des grandes chances de ne pas succomber.
Transmission de la mère à l'enfant.
On a dit que les microbes constituant la

maladie chez la mère passent à travers les parois des vaisseaux du placenta et se transmettent à l'enfant : La variole en particulier.

Exemple observé par M. Budin : la mère avait eu la variole et son enfant la contracta dans la cavité utérine elle évolua. La mère très mal, empoisonnée par les toxines absorbées au niveau du placenta ; l'enfant ayant succombé la mère alla mieux. Le fœtus est expulsé avant terme et on reconnaît les lésions produites sur lui par la variole. La mère guérit.

Fièvres intermittentes - Elles reparaissent pendant les suites de couches lors même qu'elles paraissaient avoir disparu depuis longtemps.

Rougeole et scarlatine - Les femmes enceintes peuvent soigner des malades ayant la rougeole et la scarlatine sans la contracter, mais étant accouchées on la voit dans certain cas se produire.

Dans les cas de fièvres intermittentes pendant la grossesse on peut donner du sulfate de quinine car on sait que si le sulfate de quinine amène les contractions utérines, il fait passer les accès de fièvres intermittentes et celles-ci prédisposent encore plus à l'accouchement prématuré. On ne doit pas le conseiller sans avoir appelé un docteur.

Intoxications saturnines: Plomb. Tabac etc. Amènent l'avortement ou l'accouch^t prématuré, ou la mort de l'enfant avant sa naissance, ou aussitôt après ou dans les jours qui suivent.

Si le père et la mère sont intoxiqués par le plomb : 94/100 enf. morts

Mère seule . . . . . . 92/100 " "

Père seul " " " 63/100 " "

Aussi voyant une femme mettre au monde des enf. morts on devra appeler un médecin qui fera suivre un traitement.

Tabac – Même résultat pour les femmes travaillant ds. manufactures tabac cependant on ne peut encore pas l'affirmer des recherches sont faites.

— Syphilis —

La syphilis est une maladie contagieuse contractée le plus souvent pendant les rapports sexuels. Elle se transmet par contact ou par hérédité, elle est caractérisée par des lésions locales bientôt suivies de manifestations générales.

1ère période ou accident primitif : Chancre siégeant le plus souvent au niveau des organes génitaux et pouvant siéger également sur différentes parties du corps ; il y a d'abord ulcération, puis chancre appelé : chancre induré pour le distinguer des chancres mous :

2e période dite secondaire ; caractérisée par la roséole : tâche rouge sur la peau ; plaques muqueuses et syphilides muqueuses, papules, au niveau des organes génitaux de la bouche et des amygdales. ~~(Anus)~~

Fissures : au niveau des lèvres de l'anus, entre les orteils.

3e période ou accidents tertiaires : Gommes : Foie, rate, poumons, lésions du cerveau, carie des os, Collier de Vénus : pigmentation blanchâtre et brune siégeant au niveau du cou. Rupia.

Les sages-femmes plus que tout autre peuvent contracter la syphilis et la transmettre aux malades qu'elles soignent. Grâce à l'emploi des antiseptiques on voit moins de contagion; le sublimé est le meilleur antiseptique. On doit passer les mains à l'alcool et si on découvre des petites érosions mettre du colodion afin de prévenir la transmission des germes septiques.

Si la syphilis a été contractée avant la grossesse, elle s'agrave par ce seul fait. Les plaques muqueuses sont plus nombreuses surtout au niveau des organes génitaux, elles disparaissent plus rapidement après l'accouchement

Syphilis « Suite »

La syphilis a un retentissement sur la grossesse et sur l'enfant; il n'est pas toujours que quand les générateurs sont syphilitiques l'enfant naît syphilitique.
La transmission de la maladie à l'oeuf se fait quand le père et la mère sont syphilitiques. Où la mère seule. Ou le père seul: transmise par le spermatozoïde.
Si la syphilis à été peu intense, bien soignée, si elle est ancienne le produit de conception à de grandes chances de ne pas être contaminé.
On observe souvent dans certains cas l'avortement, où l'accouch^t prématu^e
Dans d'autres cas l'enfant naît à terme après avoir succombé dans la cavité utérine.
Observé par M^r Fournier
Sur 83 femmes: 25 avant terme, 28 a terme.

Dans certains cas l'enfant peut naître à terme et vivant. Il présente le plus souvent du pemphigus ou autres lésions; quelquefois les accidents surviennent quelques semaines ou quelques mois après la naissance. L'enfant (dans quelques cas) peut naître bien portant et ne présenter aucunes lésions, il diminue de poids dans les jours qui suivent et succombe rapidement.
Chez quelques syphilitiques on observe de l'induration du côté du col de l'utérus; cause de dystocie au moment de l'accouch^t.
On a dit aussi que pendant les suites de couches ces femmes étaient plus sujettes à s'infecter et cependant si on prend toutes les précautions antiseptiques on l'observe rarement.

– Lésions du côté de l'œuf –

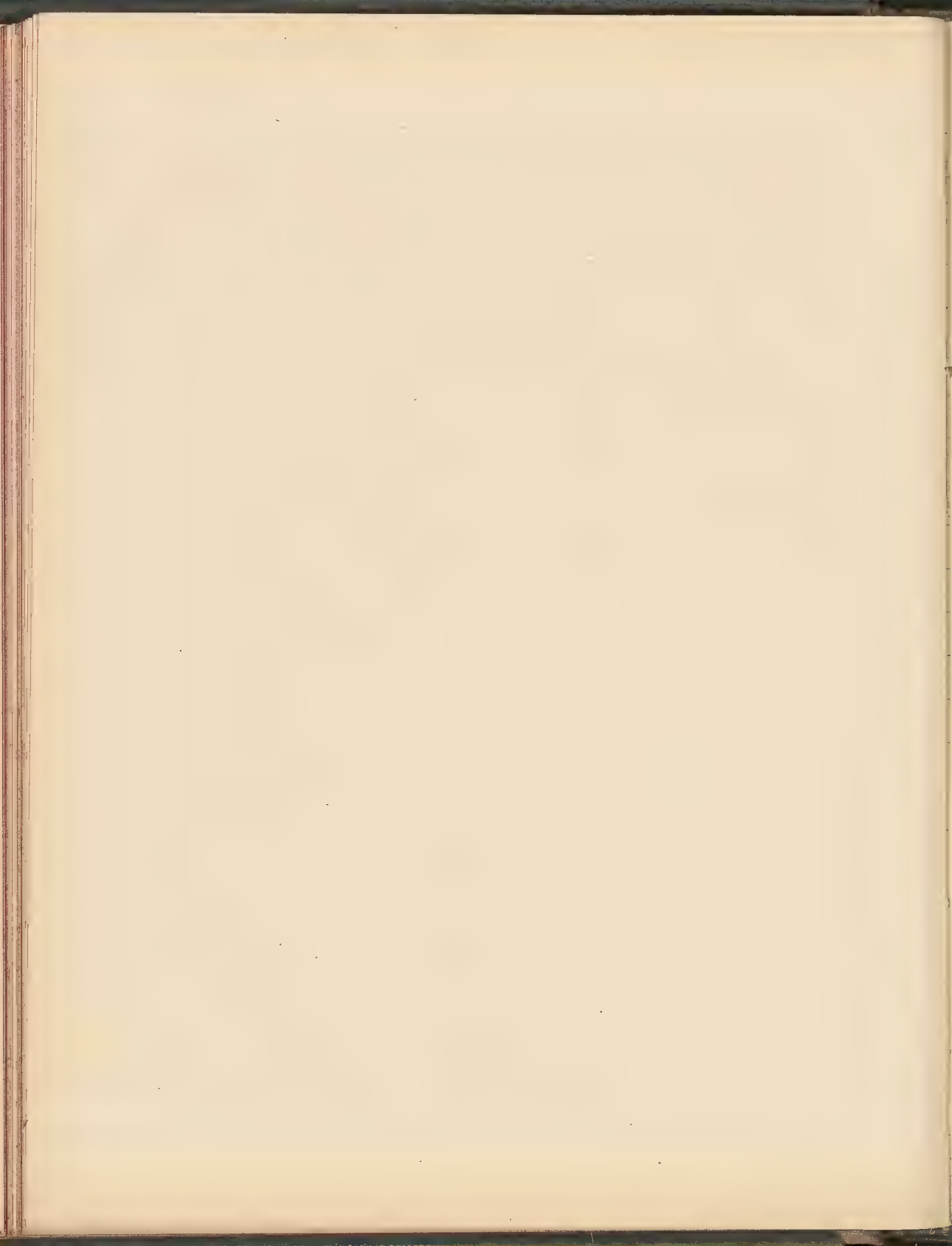
Le placenta est très volumineux, disproportionné au volume de l'enfant il est épais, d'un aspect blanc grisâtre, les villosités sont hypertrophiées

œdématié ayant subi la dégénérescence fibro-graisseuse.

Liquide amniotique. – Est plus abondant. Il y a hydroamnios, cela s'explique par la gêne de la circulation hépatique au niveau du foie dont le tissu est plus dur et présente des altérations, des gommes oblitérant les vaisseaux; donc gêne pour le sang revenant au placenta.

Mr Bar a beaucoup insisté sur l'hydroamnios dans la syphilis.

Cependant toute les fois qu'il y a hydroamnios on ne doit pas en conclure qu'il y a syphilis.

Fœtus – Bulles de pemphigus; éruption bulleuse au niveau de la plante des pieds et de la paume des mains; l'épiderme se soulève forme des bulles contenant un liquide blanc jaunâtre. Dans certains cas ces bulles peuvent se rompre dans la cavité utérine, le liquide s'écoule on peut voir alors de petits cercles.

collerettes formées par l'épiderme qui indiquent leur place.
Quelques enfants naissent vivants avec soulèvement de l'épiderme sur toutes les parties du corps; on les a nommés: macérés vivants. mais ils ne sont pas toujours syphilitiques.
Le pemphigus est un signe pathognomonique de la syphilis, cependant il peut être généralisé, exister sur toutes les parties du corps.
Des enfants peuvent présenter quelques bulles de pemphigus sans être syphilitiques.
Coryza syphilitique - « Qu'il ne faut pas confondre avec du coryza simple » L'enfant peut présenter dans les jours ou les semaines qui suivent, un coryza syphilitique: secrétion amenant l'affaissement des os du nez.
On peut aussi observer des fissures du côté des lèvres et de l'anus.

Ces enfants ont un teint grisâtre.

<u>Du côté des organes profonds</u> —

<u>Foie</u> — il est plus volumineux, dur, résistant il a une consistance fibreuse toute particulière qui explique l'oblitération des vaisseaux qui traversent le foie. À l'autopsie on trouve des taches blanchâtres : gommes

<u>Rate</u> — Est hypertrophiée très accessible à la palpation. Au lieu de peser 7 à 8 grs comme à l'état normal, elle pèse de 23 à 30 grs en moyenne.

(Ne pas confondre avec le rein qui est plus en arrière.)

<u>Poumons</u> — Altérations constituées par des gommes ; masses blanchâtres qui empêchent l'air de pénétrer dans les poumons.

<u>Thymus</u> : Gommes

<u>Péritoine</u> — Péritonite syphilitique existant avant la naissance et pouvant survenir dans les jours qui suivent.

On note aussi des altérations (assez rare) du côté des testicules et des capsules surrénales (encore plus rare)

Du coté des os — On peut observer des fractures spontanées avec paralysie des membres.

On doit examiner attentivement les enfants avant de les confier à une nourrice ; car ceux-ci ayant des lésions à la bouche peut contaminer sa nourrice.

Si la syphilis vient du père, la mère peut allaiter son enfant sans crainte d'être contaminée : soit qu'elle ait été syphilisée, vaccinée par le fait de son enfant syphilitique soit que la syphilis reste à l'état latent.

L'enfant doit donc être allaité par sa mère.

Ayant reconnu ou soupçonné la syphilis on devra avoir recours à un docteur qui instituera un traitement pour les grossesses ultérieures.

De même on se déchargera de toute responsabilité, en demandant l'avis du médecin pour donner une nourrice. Si la femme n'a pas de lait, conseiller l'allaitement artificiel, à l'aide du lait stérilisé.

Vomissements incoercibles

Chez certaines femmes enceintes on voit des modifications du tube digestif caractérisée par des vomissements. Ces vomissements apparaissent au début de la grossesse et disparaissent le plus souvent après le 3ᵉ mois on les appelle : vomissements simples. On a observée dans certains cas la persistance de ces vomissements qui de simples deviennent incoercibles. Les vomissements incoercibles ou vomissements graves ont surtout été bien discutés à l'académie de médecine par Paul Dubois qui leur a décrit 3 périodes.

1ʳᵉ période - Succède aux vomissements simples ; ils deviennent plus fréquents ~~sont~~ très abondants il y a rejet de tous les aliments, ces vomissements sont même muqueux : glaires, billeux, la femme s'affaiblit, s'amaigrit, la figure est tirée, les yeux sont excavés, la malade s'inquiète est nerveuse et on voit survenir le ptyalisme.

(1) Un cas observé par Monsieur Budin:
La malade rejetait par la bouche les lavements alimentaires: bouillon-vin » Ces vomissements ont cessés qu'après avoir administré à la malade: alternativement, aliments et pulvérisations d'éther au niveau du creux épigastrique: La malade — guérit —

2e période La femme s'affaiblit, s'amaigrit de plus en plus; la diminution de poids est très considérable: 300 à 500 grs. par jour, elle ne peut plus quitter son lit; le pouls devient petit fréquent, la soif est exagérée. Paul Dubois disait que les malades avait de la fièvre, mais malgré la fréquence du pouls on ne peut pas dire qu'il y a de la fièvre car la température reste normal où audessous de la normale: hypotermie. Il y a diminution de la sécrétion urinaire; l'urine excrétée est de 200 à 300 grs. par jour. Dans l'urine examinée au microscope on trouve des cylindres provenant des tubes urinifères du rein; et de l'albumine. La malade devient inerte, la peau est terreuse, la bouche est sèche et on observe même des ulcérations du côté de la bouche ce qui lui donne une haleine très fétide, le nez se pince. Dans cette période elles rendent touts les aliments: liquides, où solides, même les lavements alimentaires paraissent etre rendus chez certaines femmes au niveau de la bouche (1)

3e période — ou période terminale : Les vomissements diminuent quelquefois ce qui peut faire penser que la malade va mieux. On voit survenir des troubles cérébraux : elle a des hallucinations elle divague (délires tranquilles) elle a des somnolences ; des syncopes : coma qui se succède, puis elle succombe rapidement et pour ainsi dire d'inanition.

La 1re période : peu grave —
La 2e période : plus grave
La 3e période : mortelle.

La 3e période n'est pas de longue durée, quand la malade y arrive on peut presque la considérer comme perdue, cependant la guérison survient assez souvent ; il ne faut donc pas toujours désespérer dans ces cas. Ne pas attendre la 3e période et appeler un médecin qui instituera un traitement ; il est quelquefois utile de provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré à la fin de la 2e période.

Dans certains cas on a vu les vomissements s'arrêter instantanément sans aucune raison valable.

Pronostic: Monsieur Guénéot à observé sur 118 cas: 46 morts et 72 guérisons.

Causes: Dans un certain nombre de cas on observe des vomissements incoercibles dans la grossesse normale. Dans d'autres cas: par suite de déviations de l'utérus: utérus en rétroversion, ulcérations du col, tumeurs fibreuses, altérations des annexes de l'utérus: ovaire et trompe; altérations du placenta: môle hydatiforme placentite: (pas bien déterminé)
D'autres affections peuvent amener des vomissements, on a cité: hernie; péritonite tuberculeuse; tumeurs du cerveau; cancer de l'estomac.
Faire le diagnostic différentiel des vomissements simples avec les vomissements graves. Dans ce dernier cas, appeler un médecin qui en prendra la responsabilité ~~et~~ il jugera s'il doit provoquer l'avortement ou instituer

un traitement. Dans certains cas, on changera le régime, les habitudes; parfois ce sont les aliments les plus difficiles à digérer qu'elles supportent le mieux; aliments chauds ou glacés, alcool, glace. Les changer de milieu. Faire des pulvérisation d'éther au niveau du creux épigastrique; badigeonnage de cocaïne ventouses scarifiées, administrer bromure de potassium. L'électricité peut réussir dans certains cas. Un traitement médical bien dirigé peut amener la guérison.

— Constipation opiniâtre —

A une très grande importance vers la fin de la grossesse. On ne doit donc jamais laisser les femmes se constiper car non seulement l'avortement peut se produire, mais la femme peut succomber par péritonite produite par le passage du coli bacile (microbe de l'intestin) dans la cavité péritonéale. La température de la malade est très élevée. D'autrefois il y a des femmes qui ont la diarrhée pendant la grossesse

Tous les traitements ne peuvent l'arrêter. La diarrhée coïncide le plus souvent avec un début de travail: Faire attention si le col n'est pas effacé et même dilaté alors que la femme ne se plaint pas de douleurs.

<u>Dysenterie</u> — Infection intestinale grave avec présence de sang: (médecin.) dans les garde-robes

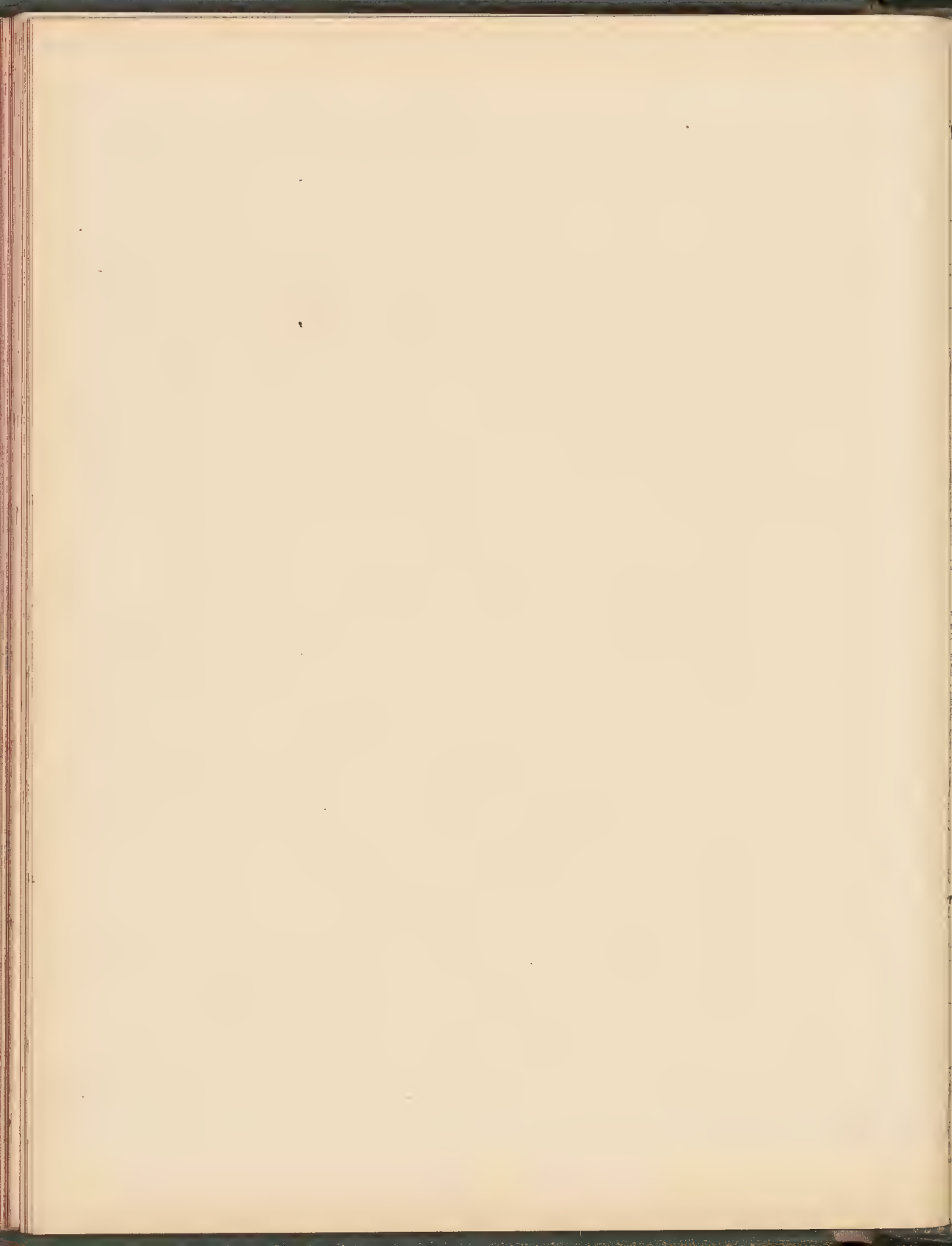
S'il y a élévation de température: dans les cas de pneumonie, pleurésie, bronchite etc. cela pouvant être le point de départ de fausse-couche (appeler un médecin)

— Tuberculose pulmonaire

La tuberculose pulmonaire ou phtysie est caractérisé par la présence du bacille de la tuberculose qui amène la dissolution pour ainsi dire des tissus qui sont rejetés au dehors, ce qui produit des cavernes.

Il y a parfois hémoptysie par suite de la rupture de capillaires.

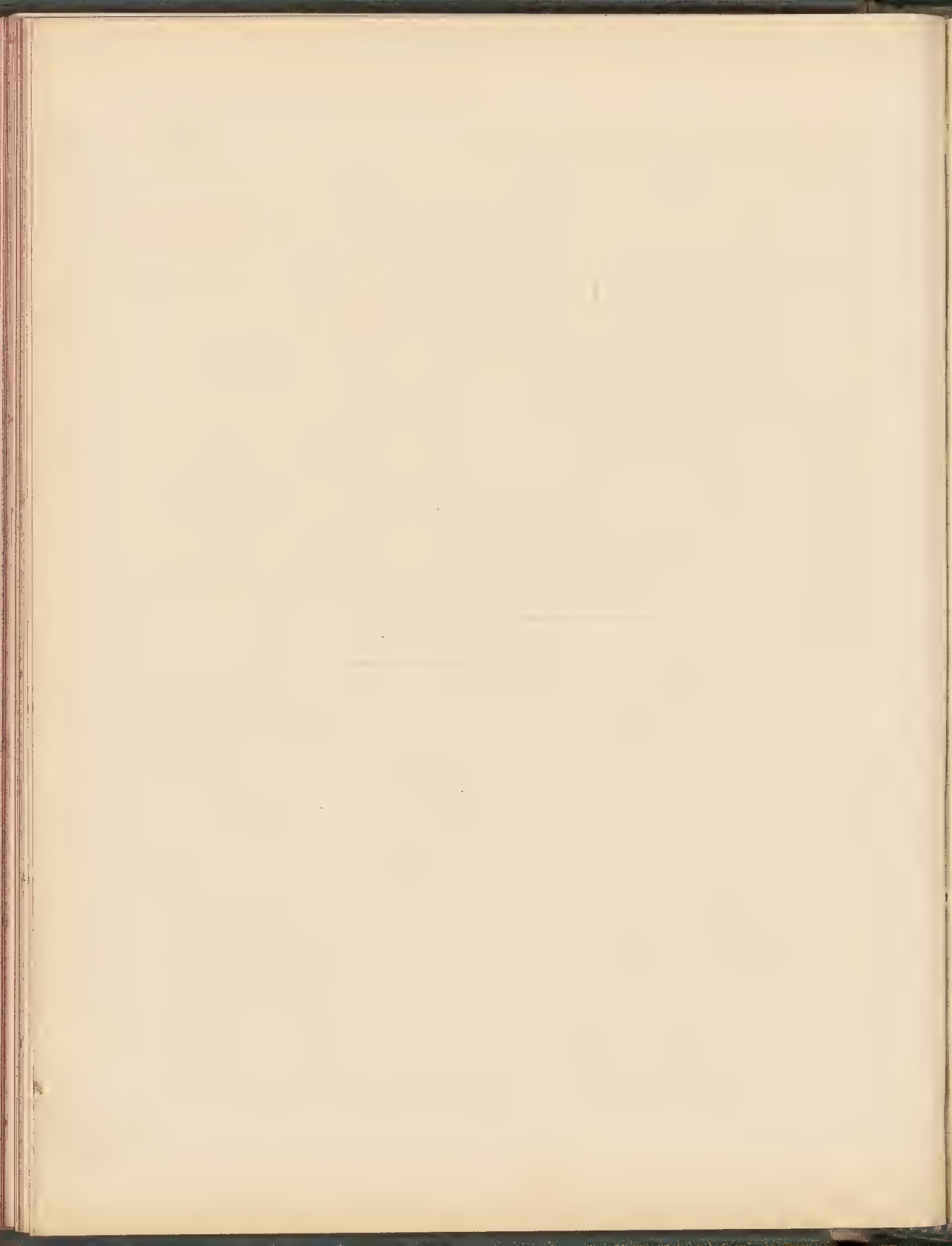
La grossesse paraît dans certains cas enrayer la maladie, mais il n'en est rien. Après l'accouch^t la température

s'élève, la malade tousse, s'affaiblit et succombe rapidement.
Quant à celles qui se rétablissent elles ne doivent pas allaiter car elles s'affaiblissent en allaitant. Elles ont en général peu de lait et il est mauvais.
La tuberculose n'est pas une maladie héréditaire mais contagieuse. Il n'est pas bien démontré que le bacille de la tuberculose passent de la mère à l'enfant.
Villemain : 1868, à démontré que la tuberculose est une maladie transmissible, par des expériences faites sur des animaux, en particulier sur les lapins.
Sur une grande quantité d'observations prises par Monsieur Budin à l'Hotel-Dieu, les hommes et femmes mourant de tuberculose étaient des personnes venant de la campagne dont les parents sont tous bien portants et robustes. Ils avaient contractés la tuberculose pendant leur séjour à Paris.

La contagion se fait par le contact, la salive, les crachats surtout ceux qui se dessèchent.
En France: il meurt environ 200.000 tuberculeux par an.
A Paris: 20.000 par an.
Les tuberculeux devront toujours être isolés. On devra détruire les crachats.
La tuberculose est contractée le plus souvent dans les hopitaux par les infirmiers ou infirmières soignant les malades.
C'est Koch de Berlin qui a découvert le bacille de la tuberculose (microbe)
Aujourd'hui on sait que si on soigne les phthysiques au début un grand nombre peuvent guérir, mais on doit surtout les isoler.
Un enfant naissant d'une mère tuberculeuse peut être faible, chétif, mais ne présente aucunes lésions tuberculeuses, il doit être mis en nourrice au sein et isolé de sa mère car en vivant avec des parents tuberculeux

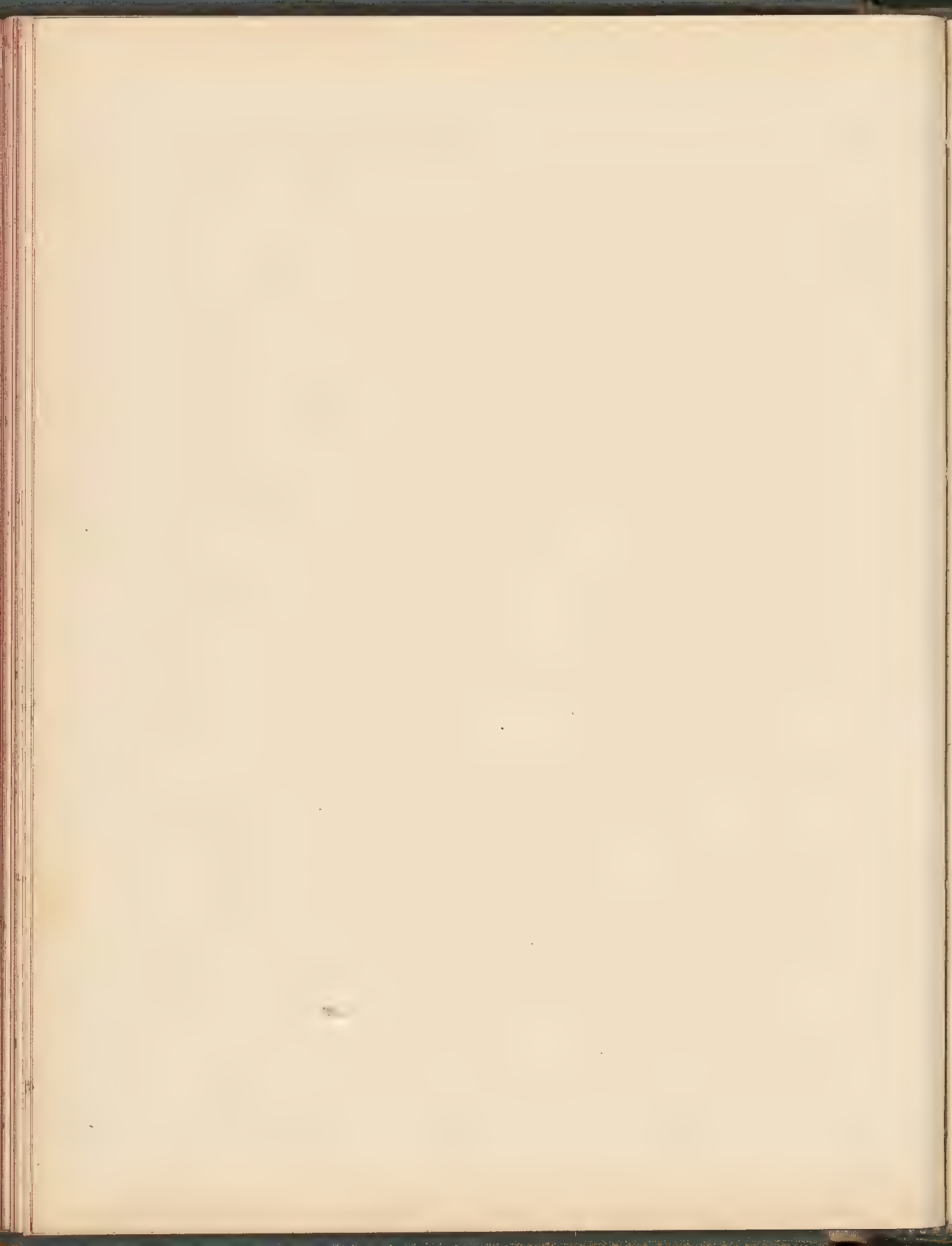
il pourrait contracter la maladie.
La mère en l'allaitant pourrait également lui transmettre la maladie.
On peut donc confier un enfant né de mère tuberculeuse à une nourrice au sein sans craindre pour celle-ci la transmission de la maladie.
Il ne semble donc pas y avoir tuberculose héréditaire.

Pathologie du sytème circulatoire

— Cœur —

Sous l'influence de la grossesse, la circulation devenant plus active le cœur s'hypertrophie.
A l'autopsie des femmes mortes pendant la grossesse on a constaté que le cœur pesait 50 - 60 - 80 - 100 grs. de plus qu'à l'état normal.
S'il y a des lésions de cet organe à l'état de vacuité, elles s'aggravent et on voit survenir des accès d'asystolie des battements du cœur; de la cy...

pulmonaire, de l'œdème. La respiration est difficile.
Des accidents grâves peuvent survenir: dans certains cas la mort subite ou rapide.
Pendant l'accouchement on ne doit pas laisser faire d'efforts à la femme. Dans certains cas, elles accouchent sans qu'aucun accident ne survienne; quelques jours après on voit survenir des accès d'asystolie et la mort consécutive..
Quelques femmes cependant se rétablissent; on doit faire quelques restrictions au sujet de l'allaitement.
Dans l'appareil circulatoire les vaisseaux peuvent aussi être atteints.

Veines: Par suite de l'activité de la circulation il peut y avoir dilatation des vaisseaux en particulier des veines, ce qui constitue les varices.
On les observe surtout au niveau des membres inférieurs. On a remarqué d'après leur disposition anatomique

que les varices se produisent le plus souvent au niveau des veines profondes s'étendent ensuite aux veines superficielles.
On observe les varices surtout chez les multipares, les cuisinières, repasseuses, blanchisseuses: celles qui restent longtemps debout.
Les personnes qui marchent beaucoup n'ont point de varices, la contraction des muscles favorisant la circulation en retour.
Il faut remarquer la prédisposition, l'hérédité.
Les crampes si douloureuses de la grossesse proviennent sans doute des varices des veines profondes.
Chez certaines femmes les varices sont un symptômes de grossesse.
Lorsque le fœtus succombe dans la cavité utérine les varices diminuent, s'affaissent et disparaissent dans les 24 ou 48 heures qui suivent (Mr Boudin)
Les varices superficielles peuvent siéger au niveau des petites v...

donnant lieu à des taches violacées.
Au niveau des grosses veines on observe une « tête de Méduse » c'est-à-dire qu'elles sont extrêmement développées, nouées, il y a œdème comme conséquence, de l'eczéma, des sueurs abondantes.
Il y a encore des ulcères variqueux produit par la rupture accidentelle de ces varices ou à la suite d'excorations produites par des démangeaisons.
La rupture des varices peut amener des hémorragies abondantes et très graves.

Phlébite : Dans certains cas on observe chez les femmes enceintes de la phlébite.
Les veines s'enflamment, se tuméfient sont douloureuses ; il se forme un caillot il y a de la rougeur, de la chaleur, ce sont les deux principaux caractères de la phlébite. La température s'élève à 37°8. On doit faire un pansement humide à l'eau boriquée.
Elle est en général peu grave sauf lorsqu'elle est accompagnée d'infection généralisée ou embolie.

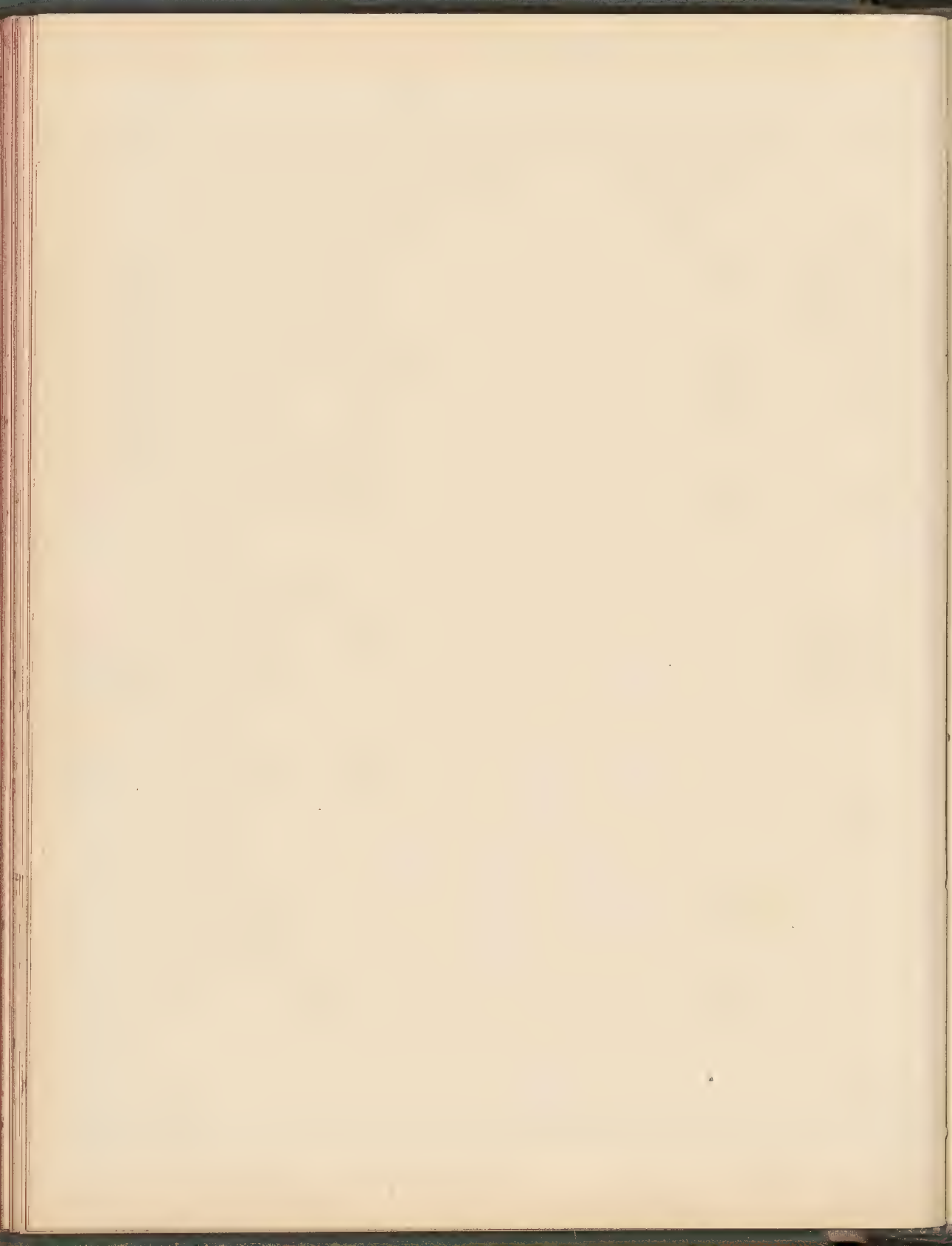
Dans l'infection généralisée le pus suit tous les vaisseaux, passe dans la circulation générale et la femme meurt rapidement.

Embolie : L'embolie est caractérisée par un caillot qui se détache, circule dans les vaisseaux gagne une grosse artère, le sang se coagule sur une plus grande étendue et obstrue la lumière du vaisseau. On voit la mort survenir rapidement.

Dans les varices superficielles on observe peu de phlébites, l'embolie semble ne pouvoir exister. Il y a résorption du caillot.

Selon Monsieur Budin les bas élastiques sont très bons pour les varices. Ils ont été déconseillés par Chaussier.

Les organes génitaux présentent quelquefois d'énormes paquets variqueux. La circulation étant à ce niveau très active.

Ces varices peuvent en se rompant donner lieu a une hémorragie mortelle

car on ne soupçonne pas que l'hémorragie vienne de là, on traite l'utérus et l'hémorragie continue toujours.

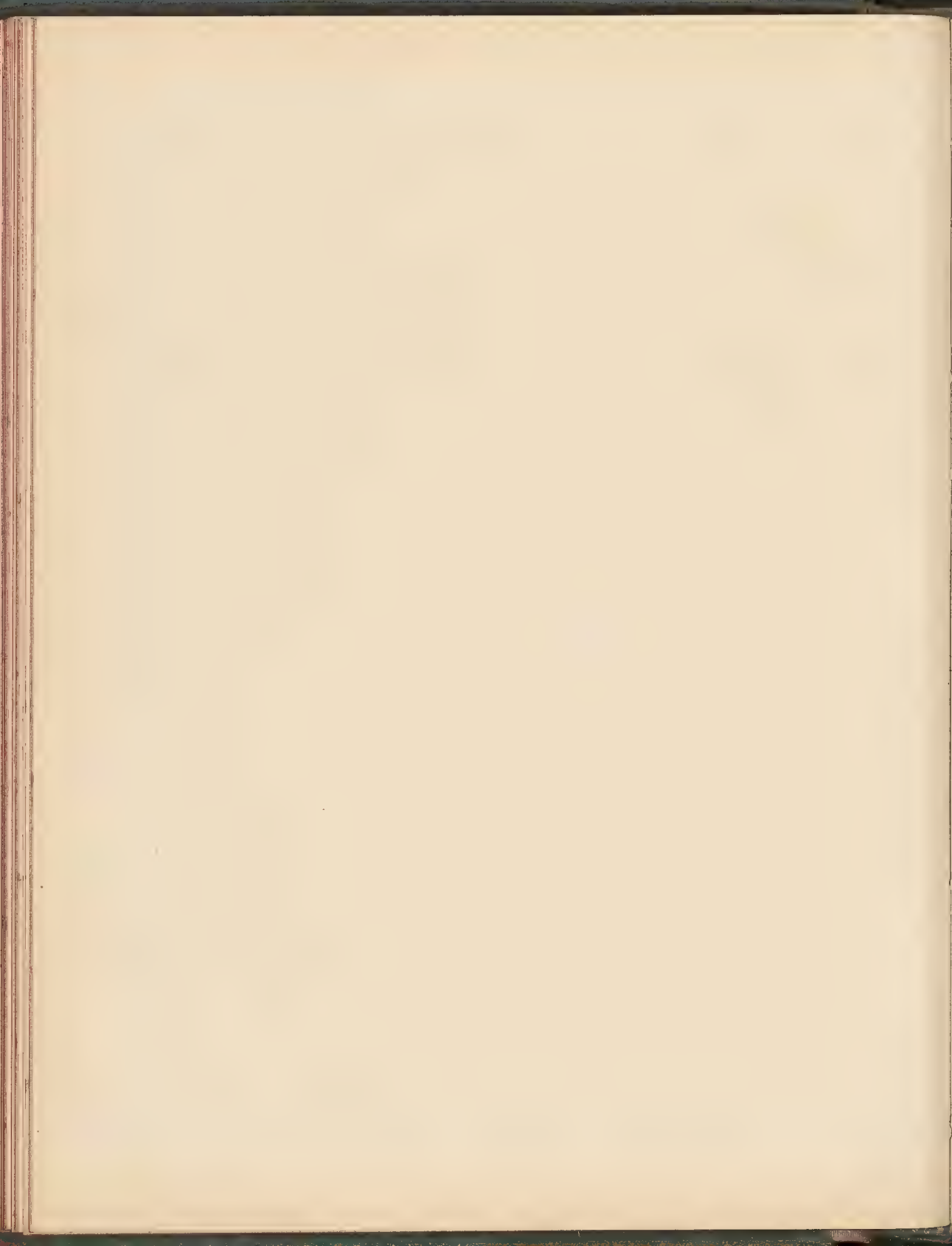
Causes: 1° —— Demangeaison: grattage
2° —— Choc.
3° —— Rapprochements sexuels.

Hémorroïdes: Les hémorroïdes sont produites par la dilatation des veines hémorroïdales au niveau du rectum et de l'orifice anal.

Elles peuvent être externes ou internes si elles sont externes elles sont apparentes. Elles forment des ampoules parfois volumineuses, on les observe au moment de l'accouchement.

Les femmes éprouvent une sensation désagréable, une pesanteur, une lourdeur, une tension locale, la douleur est intense pour s'asseoir.

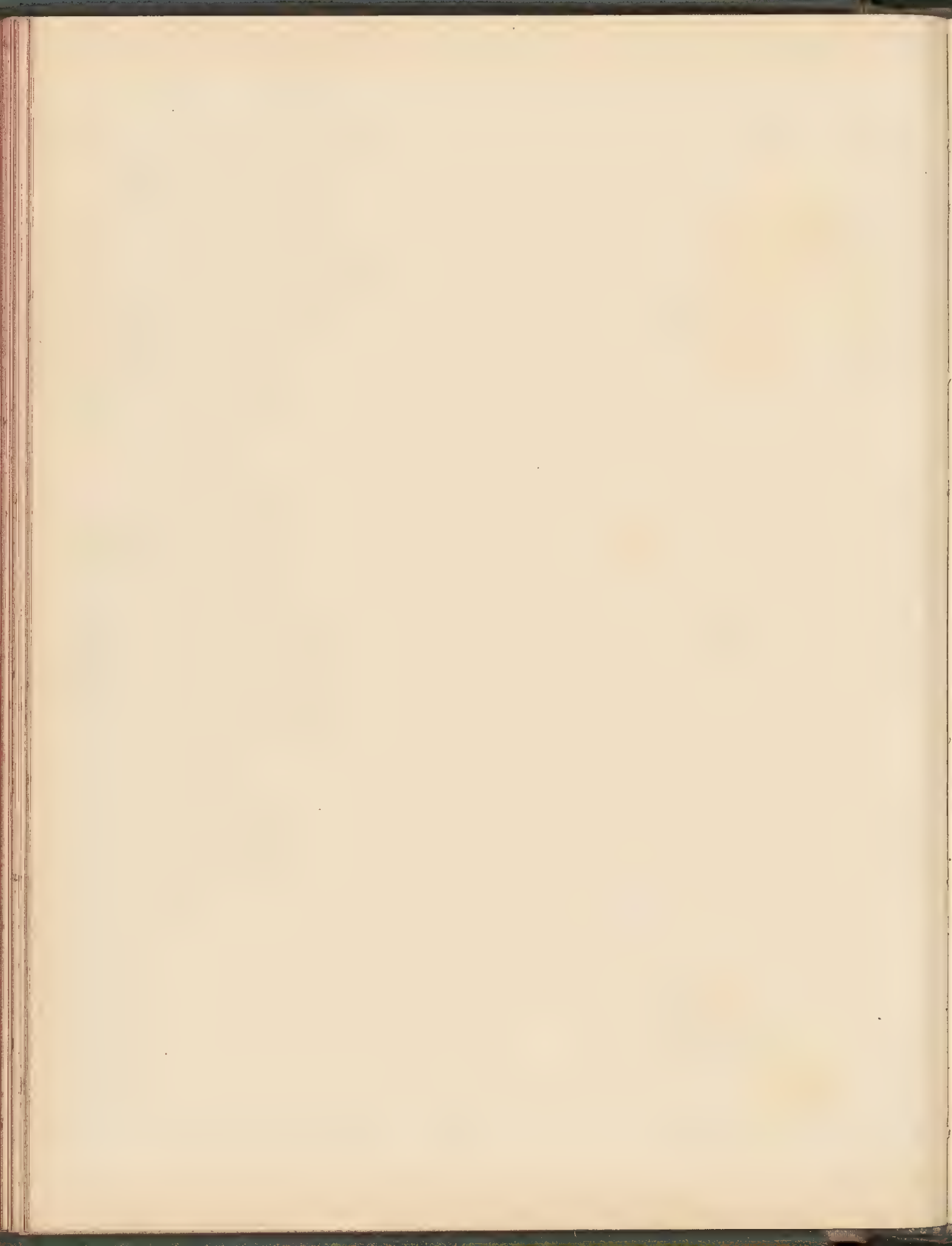
Les complications peuvent être de deux ordres:

1° hémorragie par rupture à la suite d'efforts agissant sur le bourrelet hémorroïdal.

2°. Coagulation — Caillot. Inflammation, rougeur, tension, douleur, battements. Il y a quelquefois étranglement, œdème, douleur très vive! Température.

<u>Diagnostic</u>:— Le diagnostic est facile à la vue, sauf lorsqu'il y a des végétations; mais tandis que ces végétations sont rosées, granulées, les hémorroïdes sont violacées et lisses.

La rupture amène un écoulement sanguin pouvant faire croire à des menaces d'avortement.

<u>Pratique</u>: attentivement l'examen. Les hémorroïdes internes sont rares et peuvent s'ulcérer. (<u>Un médecin</u> doit être appelé.)

<u>Causes</u> prédisposantes:— Constipation. <u>Gêne</u> de la circulation en retour. Chez les femmes enceintes la constipation doit être évitée.

- Oedème simple -

Il est des femmes enceintes chez lesquelles on constate une infiltration général du tissu cellulaire ; les membres inférieurs - la face deviennent plus volumineux, il y a là une sorte d'infiltration séreuse plus marquée dans certaines régions où le tissu cellulaire est très lâche en particulier au niveau des organes génitaux. Les grandes lèvres deviennent très volumineuses et forment en se rapprochant une tumeur de la grosseur du poing ; ces femmes ne peuvent plus marcher ni s'asseoir et sont obligées de rester couchées

Dans ces cas à l'analyse des urines on ne trouve pas d'albumine →

Aussi l'a-t-on appelé *oedème* ~~blanc~~ *simple*.

En général avec le repos et un traitement l'oedème diminue avant l'accouchement ou disparaît très vite après l'expulsion du foetus.

On doit maintenir l'intestin libre ordonner le régime lacté qui amènera une sécrétion urinaire abondante. On avait proposé de faire des mouchetures, mais des objections étant faites à ce propos (on a reconnu que cela amenait des escharres) on y renonce le plus souvent.
Au moment de l'accouchᵗ il se produit des déchirures du périnée auxquelles il est impossible d'apporter un remède immédiat, vu la friabilité des tissus.

Vessie - Dans les 1ers mois de la grossesse on peut observer de la congestion vésicale ou cystite gravidique; les femmes ont des envies fréquentes d'uriner et en examinant les urines on trouve des flocons blancs. La congestion peut aller plus loin et si des germes septiques ont pénétré on peut constater une cystite purulente ou hémorragique: (sang dans l'urine)
Le docteur sera appelé: en...

mettre les femmes au repos et mettre des cataplasmes sur le ventre si elle souffre beaucoup. Supprimer tous les excitants : vin, café, alcool et ordonner le lait.

– Albuminurie –

On constate parfois surtout dans les derniers mois de la grossesse la présence d'albumine dans l'urine.

Signes : – Oedème des membres infres des mains, de la face, en particulier des paupières car à ce niveau le tissu cellulaire est très lâche.

Quelquefois ces femmes accusent des douleurs continues au niveau de la région lombaire ; en examinant les urines à l'œil nu elles ont une couleur claire, mousseuses.

Cette albuminurie peut être due à plusieurs causes différentes :

Albuminurie gravidique : lorsqu'elle est causée par le seul fait de la grossesse, s'observerait par suite de congestion survenant au niveau de l'appareil circulatoire . . . . .

__Albuminurie__ transitoire : peut s'observer à la suite de fatigue ou travail de l'accouchement.
__Albuminurie__ par néphrite : Douleurs de reins très violentes, l'urine est rouge et contient une grande quantité d'albumine.
__Fréquence__ : Autrefois on pensait que l'albuminurie était très fréquente chez les femmes enceintes. Après bien des recherches on a trouvé 1 albuminurique sur 25 ou 30 en moyenne.
__Examen des urines__ : C'est à l'examen des urines qu'on reconnaît cette affection aussi doit-on le faire à partir du 4ème mois et tous les 15 jours environ. Malgré ces précautions l'albuminurie peut apparaître avec une grande rapidité, on peut voir survenir une néphrite aiguë et de l'albumine. On doit faire des recommandations aux clientes : si de l'œdème survient, des douleurs lombaires, les malades devront prévenir aussitôt car cet état peut devenir très grave et il est impossible d'y ...

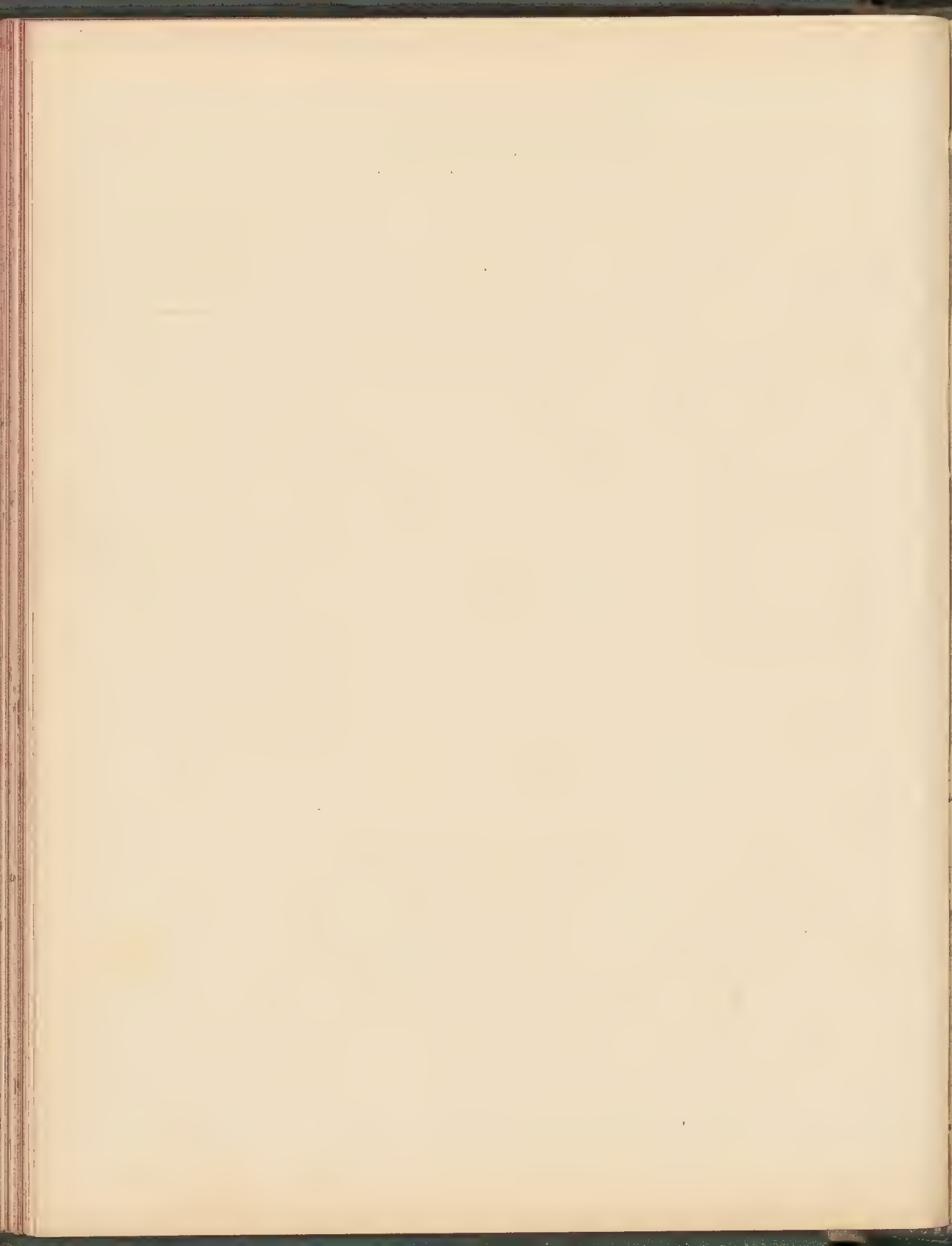
Lorsqu'on fait l'examen des urines on doit s'assurer qu'elles ne contiennent pas de sang, car on trouverait sûrement de l'albumine. On doit s'assurer également que les femmes n'ont pas de pertes blanches, aussi doivent-elles faire une toilette avant la miction.
L'urine doit être filtrée et mise dans un tube en verre. On peut les analyser à chaud ou à froid.
A chaud :– Chauffer la partie supérieure de l'urine sur une lampe à alcool, ajouter quelques gouttes d'acide acétique ou vinaigre ou d'acide nitrique. Le précipité de la chaleur peut être produit par des sels, l'acide acétique les dissout.
Le procédé à chaud est le meilleur: après avoir chauffé ajouter acide acétique ou acide nitrique et chauffer ensuite.
Pour 9/10ème d'urine mettre 1/10ème d'acide nitrique qui tombera au fond du tube au dessus se formera un précipité s'il y a de l'albumine; pour plus de sûreté chauffer afin de voir si le nuage disparaît ou persiste

– Eclampsie –

L'éclampsie est une maladie convulsive apparaissant pendant la période puerpuérale, et se manifestant par des accès s'accompagnant de perte de connaissance.

On étudie d'abord:

1° Phénomènes précurseurs ou prodrômes
2° Accès convulsifs.
3° Coma.

Phénomènes précurseurs: Oedème de la face, albumine dans l'urine, sécrétion urinaire peu abondante; quelquefois anurie.
Les malades ont de la céphalalgie localisée, intense: douleurs de tête siégeant au niveau de la région occipitale, frontale ou pariétale. Puis on note des troubles de la vision, la malade voit un peu trouble. Quelquefois la vue disparaît il y a cécité complète. En même temps des douleurs persistantes surviennent au niveau de la région épigastrique ~~est~~ s'accompagnant de vomissements. Quelquefois la malade a des bourdonnements

d'oreilles, des frémissements au niveau des doigts. Certaines femmes ont des troubles intellectuelles: changement de caractère, agitation extrême, elles sont énervée, irritable. D'autres au contraire ont de la somnolence. Quelquefois il y a un état mental tellement troublé que la femme ne sait plus ce qu'elle fait.
Puis arrive les phénomènes de l'accès proprement dit:

<u>Accès</u> = 3 périodes
- 1° Convulsions d'invasion
- 2° Convulsions tonique
- 3° Convulsions cloniques.

<u>Convulsions d'invasion</u>: La malade cesse tout à coup de parler, reste silencieuse. Si elle a déjà eu d'autres accès elle sent elle-même que l'accès revient parfois très brusquement et jette un cri de terreur. On constate des contractions fibrillaires des muscles de la face; les paupières clignotent; les ailes du nez battent; les globes oculaires s'élèvent et s'abaissent, l'iris regarde en haut; il y a inflexion

latérale du corps sur le plan latéral gauche ; la tête après quelques oscillations s'incline du côté gauche puis le tronc également ; le pouce est fléchit dans la main, l'avant-bras se fléchit sur le bras, les mains se mettent en pronation forcée ; de petites convulsions apparaissent apparaissent ainsi et durent 1/2 minute. Ensuite apparaît la 2e période :

Convulsions toniques. La femme se raidit, les globes oculaires s'immobilise, le regard devient fixe, la langue est projetée au dehors, les muscles massèters se contractent, les mâchoires se rapprochent et enserrent la langue qui devient violacée ; les muscles de la poitrine se contractent également, il en résulte une immobilité générale. La respiration ne se fait plus, la face qui au début est pâle devient violacée. Cette période est en général très courte : de 5 a 30 secondes.

Ensuite apparaît la 3e période :

Convulsions cloniques : La tête au lieu d'être inclinée revient sur

la ligne médiane ; les paupières se contractent brusquement ; les muscles : des ailes du nez, de la face, des machoires etc. etc. se contractent et se relâchent ; du côté des membres : mouvements brusques, alternatifs de flexion et d'extension des bras et des jambes. Une écume rougeâtre sort de la bouche, ce sang vient de la langue qui a été mordue. Ensuite la respiration se fait mieux puis une inspiration profonde ~~se~~ produit et les convulsions cessent. Ces convulsions ont généralement une durée de 2 à 4 minutes. Mr. Tarnier a observé un cas où ces convulsions ont duré 20 minutes (Exceptionnel)

Coma : Quand les convulsions sont terminées la femme reste quelque temps dans le coma, elle est immobile, a une respiration stertoreuse. Si c'est un des premiers accès le coma dure peu, au contraire si les accès se répètent on le voit se prolonger pendant plusieurs heures. Dans l'éclampsie le pouls peut devenir très fréquent. La température s'élève

à 37° au début et peut monter à 38°. 39°. 40°. quelquefois elle peut continuer de s'élever jusqu'à la mort. D'autrefois elle reste stationnaire et descend ensuite progressivement. Il est utile de prendre la température toutes les heures; pour l'avoir plus exactement on doit prendre la température vaginale.
Si la température reste stationnaire et descend ensuite c'est un bon signe, la femme guérit de son éclampsie mais il peut survenir ensuite des complications: congestion pulmonaire, hémorragie cérébrale.

Marche, durée, terminaison de l'éclampsie
Les prodrômes étant constatés il arrive parfois que l'enfant succombe dans la cavité utérine, par suite des principes toxiques retenus dans le sang de la mère.

Si l'enfant succombe les prodrômes d'éclampsie s'atténuent et disparaissent. D'autrefois la guérison survient consécutivement

à l'administration du lait.
Grossesse : Si la femme est enceinte de 6 à 7 mois, on peut voir survenir l'avortement ou l'accouchement prématuré qui dans ces cas se termine rapidement, le travail marche très vite.
Dans quelques cas on a vu des femmes guérir et la grossesse continuer son cours avec fœtus mort ; quelquefois vivant : (très rare)
Le pronostic de l'éclampsie est très grave.
Certains états pathologiques peuvent être confondus avec l'éclampsie.

— Conduite à tenir —

Albumine et accès convulsifs etc etc :

(Appeler un médecin)

Traitement préventif : Examiner les urines tous les 15 jours, si on constate de l'albumine, et s'il y a surtout des prodrômes d'éclampsie, en attendant l'arrivée du médecin ; mettre la femme au régime lacté ; et de...

laxatif pour débarrasser l'intestin.
Insister pour faire prendre du lait
et ne pas hésiter pour prévenir la
femme qu'il y va de son existence.
Mr Tarnier a beaucoup insisté sur ce
point et dit que sous l'influence
du régime lacté, l'éclampsie ne se
produit pas.
On devra recommander le lait cuit, ce
qui ennuie les malades c'est le goût
particulier qui reste après son absorbtion
Aussi devra-t-on faire nettoyer la
bouche avec de l'eau mélangée d'un
peu d'eau dentifrice, alcool de menthe
ou eau de Vichy.
On peut ajouter au lait : eau de
Vichy, thé léger, rhum, kirch.
On pourra avoir recours au lait stérilisé
qui est plus facilement digéré.
Quand on est appelée près d'une
femme prise à des accès d'éclampsie
on devra, en attendant le médecin donner
un grand lavement pour débarrasser
l'intestin, bien surveiller [illegible]

elles éprouvent de la douleur.
La sensibilité est provoquée par la pression du doigt : au niveau de la symphyse pubienne et des articulations sacro-iliaques. On peut constater l'existence de la douleur à l'extérieur ou à l'intérieur en pratiquant le toucher avec un ou deux doigts.
Chez certaines femmes on peut constater l'écartement des pubis. La femme étant debout, on se met à genoux à sa droite, on introduit l'index dans le canal vaginal mettant la pulpe du doigt en rapport avec la symphyse pubienne : (face postérieure) on fait piétiner la femme sur place et l'un ou l'autre pubis s'élève successivement.
Après l'accouch^t ces femmes doivent rester longtemps au repos, car la guérison ne survient dans certains cas que longtemps après. On peut leur faire porter une ceinture et dans certains cas la ceinture de Martin.

– Modifications du vagin –

La muqueuse se colore, devient plus turgescente, violacée, les pertes blanches s'accentuent, peuvent devenir jaunâtres et verdâtres. On sait que ces sécrétions sont données par des papilles et non des glandes; dans ces cas, ces papilles s'hypertrophient, on le constate au toucher c'est ce qu'on appelle : vaginite.
Ces sécrétions s'écoulant par l'orifice vulvaire on peut voir des rougeurs se produire et amenant de la démangeaison : prurit [illegible]. On peut voir aussi des végétations qui n'ont rien de syphilitique (ces végétations

On peut conseiller à la femme de faire des injections : de sublimé, d'eau boriquée et aussi des lavages à l'eau très chaude.
Quand aux végétations [illegible] un docteur.

Déviations de l'utérus

Antéflexion - On sait qu'à l'état normal le corps de l'utérus est légèrement incliné en avant sur le col; si cette inclinaison est exagérée, que la totalité du corps retombe en avant, on dit qu'il y a antéflexion.
S'il y a déplacement de tout l'organe qui retombe en avant et que l'orifice du col regarde en arrière on dit qu'il y a antéversion.
Rétroflexion: De même le corps de l'utérus peut s'incliner en arrière on a alors de la rétroflexion.
Rétroversion: S'il est totalement incliné en arrière, on a de la rétroversion
Les accidents surviendront parceque l'utérus va se développer dans l'excavation pelvienne amènera la compression de la vessie, du rectum et l'expulsion du produit de conception.
La rétroversion peut se produire de différentes manières: elle peut exister

avant la grossesse et par suite d'adhérences du fond de l'utérus, il est retenu dans l'excavation pelvienne et s'y développe, le col de l'utérus est refoulé en avant, comprimé entre le bas fond de la vessie et le corps de l'utérus, ce qui amène un grave accident : rétention d'urine.

La rétroversion peut se produire brusquement sous l'influence d'un effort. On ~~dit~~ croit quelquefois à une rétroversion alors qu'il y a seulement compression par le corset.

Symptômes : Les femmes accusent une douleur dans l'abdomen avec irradiation du côté des membres inférieurs ; elles ont des envies fréquentes d'uriner et urinent peu. Dans d'autres cas il y a incontinence d'urine, elles urinent par regorgement où n'urinent pas du tout. On doit penser alors à la rétroversion. On fait alors 2 examens successifs : 1er examen, cathétérisme ; 2e examen Palper : tumeur liquide remontant jusqu'au

niveau de l'ombilic et même au dessus.
On peut avoir la sensation de fluctuation.
Auscultation : Ne donne absolument rien.
Toucher : Excavation remplie par une tumeur molle et dépressible appuyée sur le sacrum. On peut dans ces cas pratiquer le toucher rectal, la tumeur sera entre les deux doigts.
Par le palper et toucher combinés on constate une tumeur fluctuante ne répondant pas à la tumeur de l'excavation. Le col a subi des modifications [illegible] par la grossesse. A l'interrogation on sait que la femme n'a plus ses règles depuis 3 ou 4 mois, car c'est à cet époque qu'elle est produite le plus souvent. Après avoir pratiqué le cathétérisme examiner de nouveau. La tumeur fluctuante a disparu. A l'auscultation on entend rien, au toucher on constate que l'utérus est un peu remonté.
Donc 1° Signes de grossesse { 3° Examen
2° Troubles urinaires { 4° cathétérisme
et nouvel examen

Complications – Si la rétroversion existe depuis longtemps on peut voir survenir de la cystite purulente ou gangréneuse dans certains cas; rupture utérine; de la constipation. Ce qui survient le plus souvent ce sont les hémorragies et tout les phénomènes permettant de penser qu'il va y avoir avortement.

On devra dans ces cas pratiquer le cathétérisme et appeler un médecin.

On verra quelquefois la rétroversion se réduire spontanément après l'évacuation de la vessie, à la suite de cathétérisme fréquent. Dans d'autres cas le médecin aura recours à certaines manoeuvres pour réduire la rétroversion, surtout dans les cas d'adhérences [illegible]

– Antéversion –

Dans certains cas, l'uterus non pas d'être en rétroversion est en antéversion.

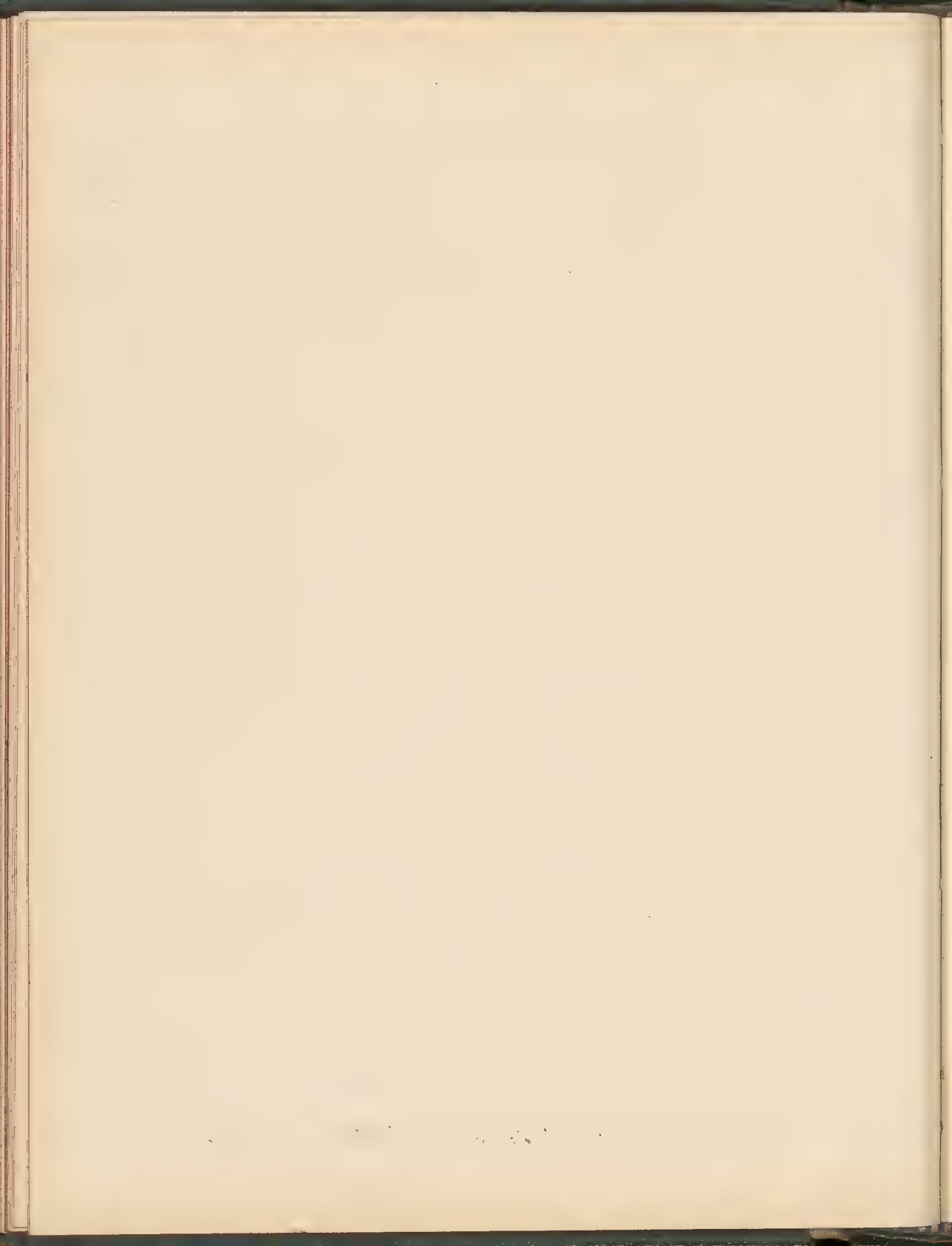
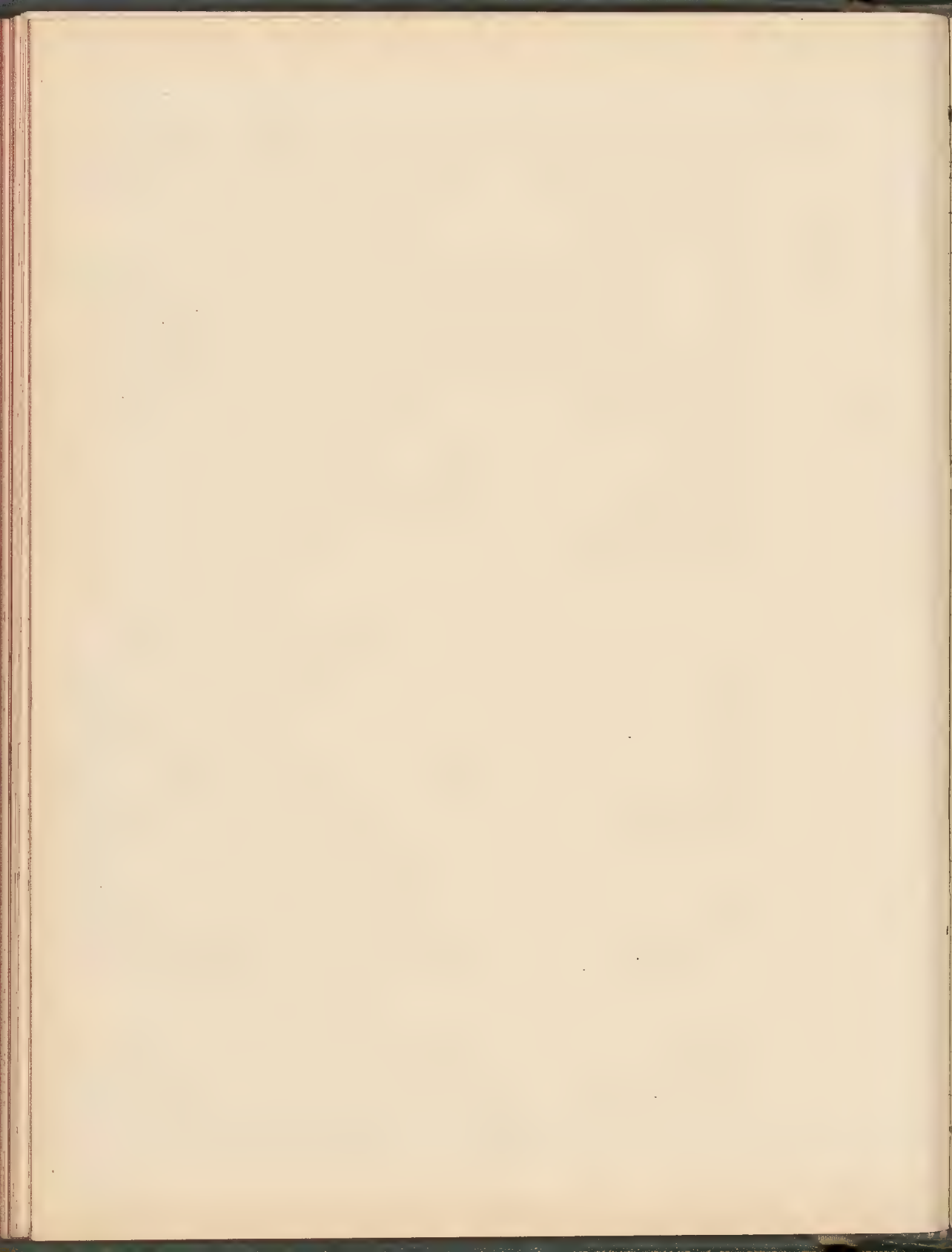
La rétroversion se produit dans les 1ers mois de la grossesse alors que l'uterus est enclavé dans l'excavation pelvienne.

L'antéversion se produit au contraire dans les derniers mois de la grossesse.

lorsque l'utérus est élevé dans la cavité abdominale.
Cette antéversion est favorisée par le relâchement des parois abdominales, chez les femmes ayant eu beaucoup d'enfants il y a écartement des muscles grands droits : éventration. Il est encore d'autres conditions qui favorise c'est le rétrécissement du bassin, dans les cas de : scoliose, cyphose. Dans ces cas l'utérus est repoussé en avant, si la paroi abdominale est assez résistante et retient le fond de l'utérus, on dit que le ventre est en obusier; s'il y a de l'éventration, l'utérus sera projeté très fortement en avant et retombera sur les cuisses, on dit que le ventre est pendulum ou en besace.
Dans certains cas les femmes éprouvent des douleurs de reins, fatigue, ne peuvent ni marcher ni travailler et sont obligées de rester couchées. On peut conseiller à la femme de porter une ceinture qui maintiendra l'utérus et lui permettra de marcher.

Lorsque l'utérus est ainsi en antéversion à la fin de la grossesse il n'y a pas d'engagement de la partie foetale; le foetus se place transversalement dans la cavité utérine et sous l'influence du travail les contractions utérines survenant il y a présentation de l'épaule. Au début du travail on devra faire coucher la femme et faire la version par manoeuvres externes en relevant l'utérus, ensuite on maintiendra le foetus à l'aide de tampons et d'un bandage de corps. Quand la femme fait des efforts d'expulsion: repousser l'utérus vers la colonne vertébrale.

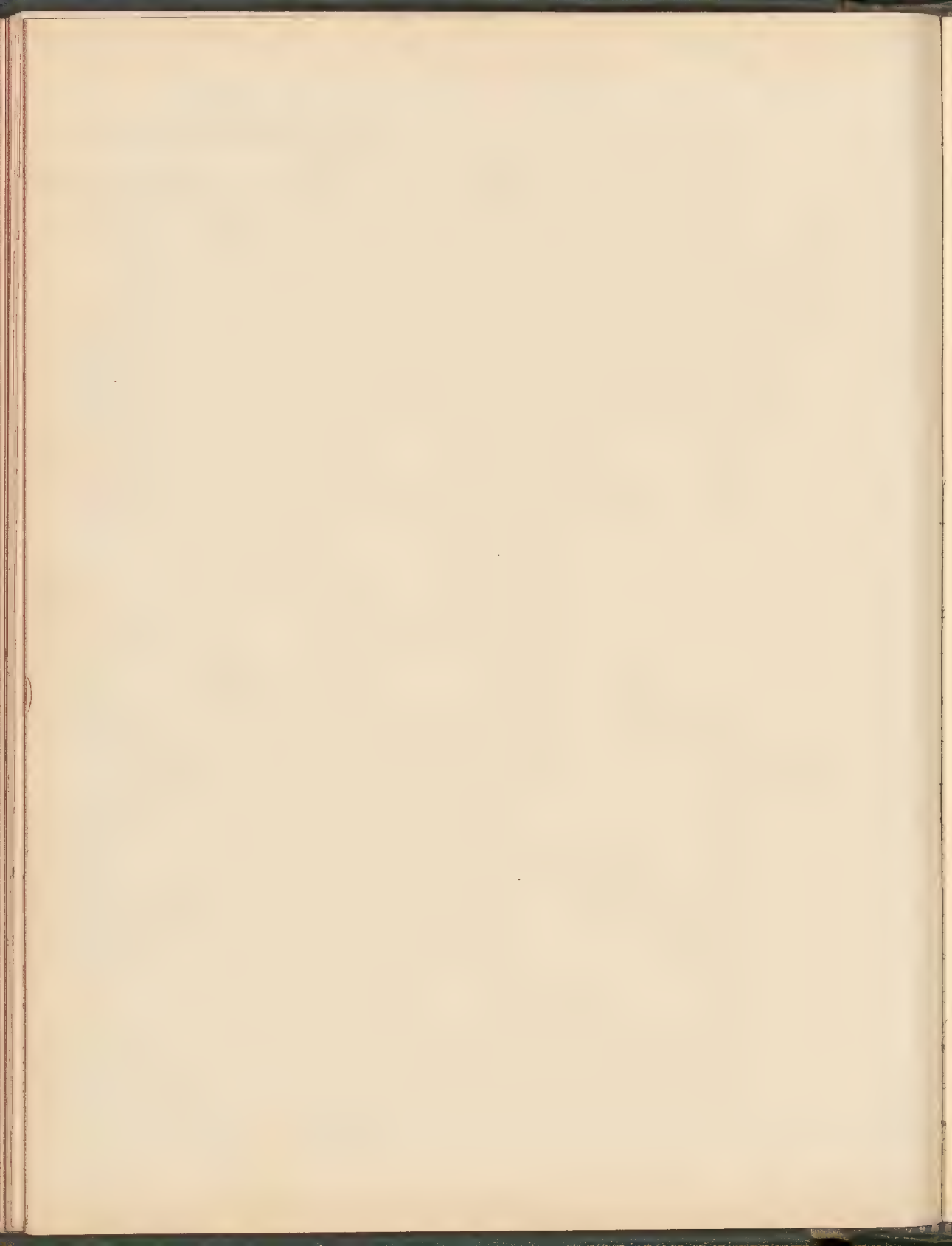
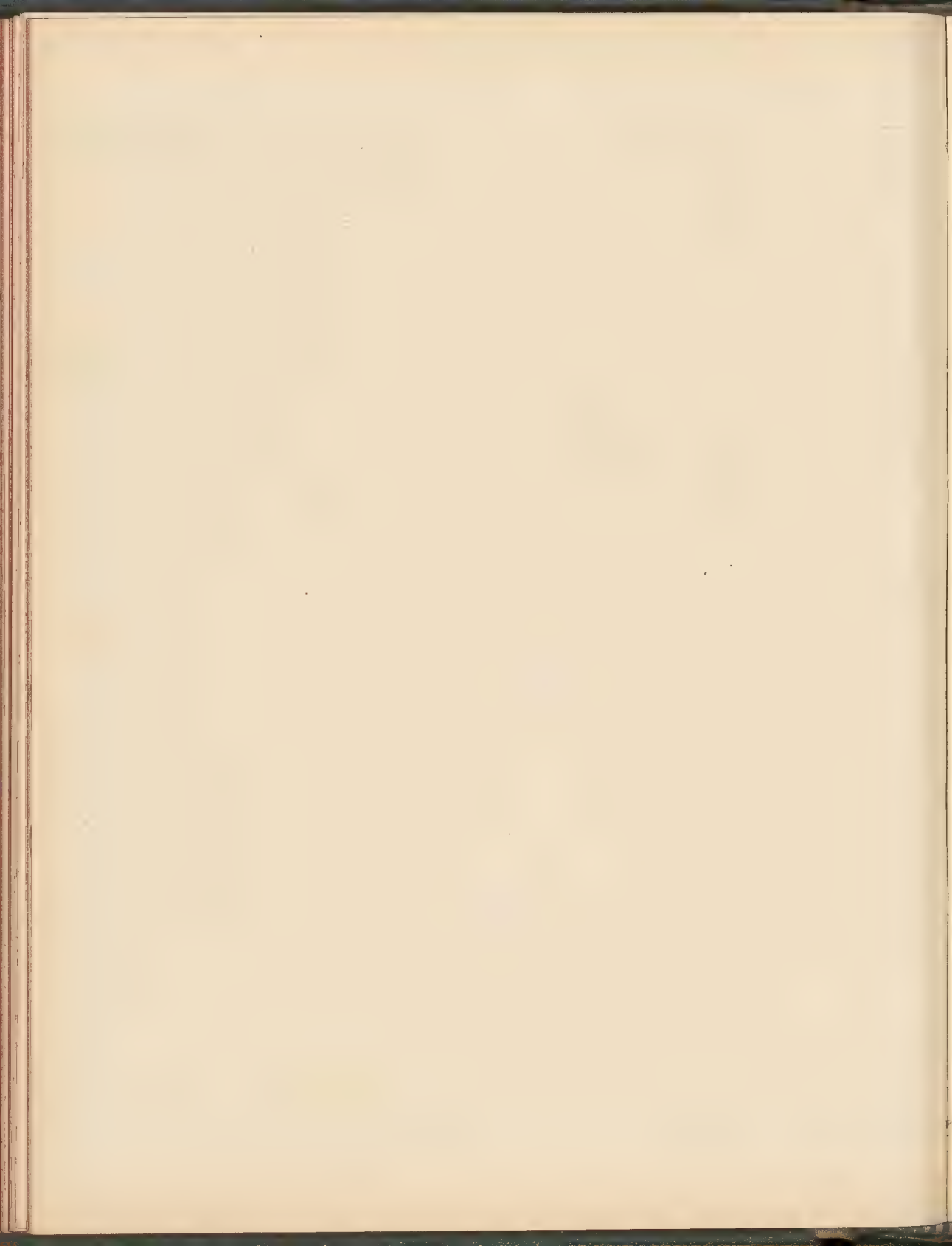
— Prolapsus: —

Le prolapsus utérin est appelé vulgairement descente de matrice.
Par suite du relâchement des ligaments, l'utérus descend dans l'excavation et peut apparaître à l'orifice vulvaire on dit alors qu'il y a prolapsus utérin.
Il peut même dans ces cas y avoir fécondation, le produit de conception

développe, l'utérus s'élève, remonte dans la cavité abdominale, le prolapsus disparaît.
Cependant chez certaines femmes ayant un utérus gravide, le col arrive jusqu'à la vulve, il y a élongation hypertrophique du col qui peut se produire vers la fin de la grossesse.
Il ne faut donc pas le confondre avec un prolapsus:
Au palper: on trouve le corps de l'utérus dans la cavité abdominale.
Au toucher: on constate l'élongation du col.
Il arrive quelquefois que chez la femme non enceinte il existe une élongation hypertrophique du col, le col est aussi gros, aussi long que le corps de l'utérus qui est plus ou moins en antéversion. Chez ces femmes les grossesses sont rares.
Chez ces femmes, au début de la grossesse on peut alors faire des erreurs de diagnostic: sous l'influence de la grossesse

il y a hypertrophie plus grande ; on trouve une tumeur formée par le col et que l'on prend pour l'utérus gravide en entier, mais en avant de cette tumeur on sentira une autre tumeur molle que l'on prend pour un kyste de l'ovaire et qui en a tout les caractères ; si on cherche à déplacer cette tumeur on voit qu'elle se continue avec la première. En cas de doute : appeler un médecin.

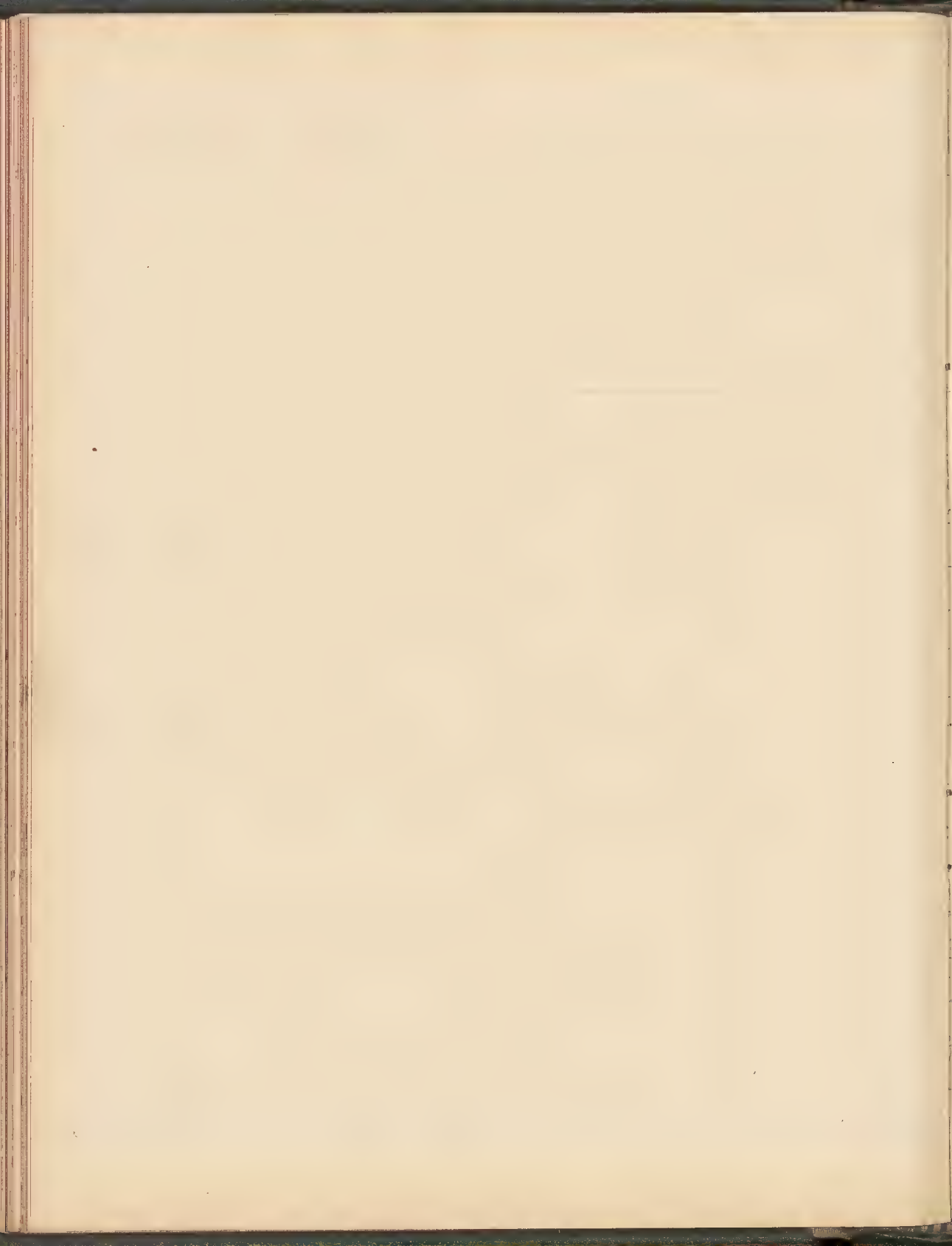
— Maladies de l'œuf. —

On peut constater des états anormaux du coté du liquide amniotique, des membranes, du placenta et du cordon.

Placenta : (altérations) 1°. Dans les cas de syphilis, le placenta est œdématié, volumineux. 2°. Dans les cas d'albuminurie il subit la dégénérescence fibro-graisseuse par suite de foyers hémorragiques.

Liquide amniotique : Toutes les fois que le liquide amniotique est exagéré on dit qu'il y a hydroamnios. La

quantité est très variable au dessous 1 litre
elle est normal. Au dessus de 1 litre jusqu'à
10 litres on dit qu'il y a hydroamnios
Dans un cas Monsieur Carnier à
recueilli 20 litres.
Dans l'hydroamnios on distingue 2 variétés:
{ L'hydroamnios chronique.
{ L'hydramnios aigue.
Hydroamnios chronique: L'utérus est
plus développé qu'il ne devrait l'être
pour l'âge de la grossesse. Si la femme
est à terme l'utérus est considérablement
développé. Quand l'utérus est ainsi
développé, la femme est gênée pour marcher
elle respire mal. Par le palper on
constate que les parois de l'organe sont
plus ou moins dépressibles, il est difficile
d'apprécier les diverses parties fœtales.
le foetus était très mobile dans le
liquide amniotique. On peut constater
le ballottement jusqu'à la fin de
la grossesse.
On peut aussi obtenir la fluctuation
très nette à l'aide de chiquenaudes
sur la paroi abdominale perçue par la main
du côté opposé

La paroi abdominale sera très distendue et ne se laissera pas facilement déprimer.
A l'auscultation : les B.D.C. fœtal sont difficilement entendus, car il faut que le stéthoscope soit appliqué directement sur le dos du fœtus et dans ces cas celui-ci étant très mobile fuit et par conséquent est séparé de la paroi utérine par une certaine quantité de liquide.
Au toucher : Le col de l'utérus est élevé, le segment infr de l'utérus reste au dessus du détroit supr donc généralement pas de partie fœtale engagée ; si on trouve une grosse partie fœtale au niveau du détroit supr en exerçant sur elle une pression brusque on obtient le balottement vaginal.
Dans certains cas à l'aide de l'examen bi-manuel, on peut percevoir la sensation de flots (fluctuation (Examen bi-manuel : palper, toucher combinés

On a noté dans quelques cas des modifications du côté du col ; il arrive parfois que chez certaines femmes dont l'uterus est très distendu, le col diminue de longueur et s'entrouvre on dit qu'il est déhiscent.
L'état de malaise de la femme dépend de la quantité de liquide amniotique contenu dans l'uterus ou du développement plus ou moins rapide de ce liquide.
L'hydroamnios chronique à une marche lente, progressive et persiste le plus souvent jusqu'au terme de la grossesse.
Dans ces cas il n'est pas très rare de voir la femme accoucher à terme d'un enfant chétif, malingre.
Dans 1/5ème des cas, dans l'hydroamnios on observe des malformations fœtales.
Dans l'hydroamnios : penser à la syphilis et à des vices de conformation.
Cependant il est des cas dans lesquels il y hydroamnios, et les enfants sont gros, naissent à terme, vivant et bien portant ne présentant rien de particulier.

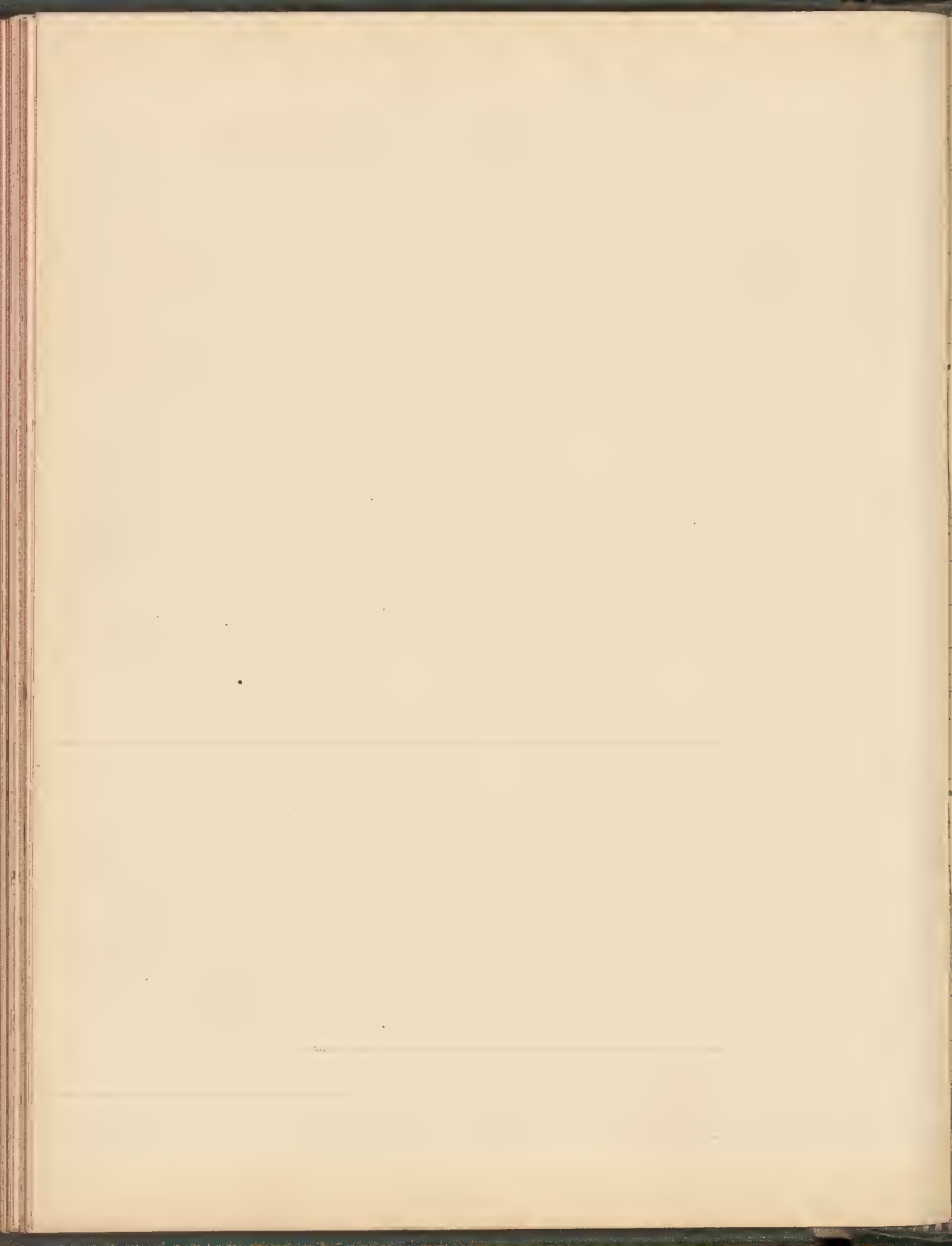
On ne doit pas confondre l'hydroamnios avec une grossesse gémellaire ; on sait que dans ce dernier cas on constate par le palper un grand nombre de parties fœtales ; on a deux maximum des B. D. C. etc. etc.
L'œdème sus-pubien se rencontre dans les deux cas.
On peut confondre l'hydroamnios avec une retention d'urine ; diagnostic facile : pratiquer le cathétérisme. Avec ~~un~~ kyste de l'ovaire*, un fibrome :
Dans les cas de kyste : ~~la~~ tumeur est fluctuante. Dans les cas de fibrome : la fluctuation est moins nette ; ces tumeurs sont séparées de l'utérus.
Pronostic : Ordinairement peu grave pour la mère.
Il n'en est pas de même pour l'enfant car l'hydroamnios accompagne des malformations fœtales, la syphilis, les présentations vicieuses. Si la rupture des membranes se fait prématurément on peut observer une procidence [illegible]

Puis la déplétion brusque de l'utérus peut amener un état de malaise du côté de la femme : une syncope. Par suite de la surdistension de l'utérus il peut y avoir inertie utérine et de là hémorragie de la délivrance.
Conduite à tenir : Au début du travail faire coucher la femme afin d'éviter la rupture prématurée des membranes. Les rompre artificiellement en ayant soin de faire maintenir la partie fœtale au niveau du détroit supérieur, ne pas retirer la main et laisser le liquide s'écouler lentement.

Hydroamnios aiguë : L'abdomen se développe rapidement amenant un malaise général : gêne respiratoire, asphyxie. Le plus souvent : accouchement prématuré.

Absence de liquide : Dans certains cas il y a peu de liquide amniotique, on remarque sur certaines parties du fœtus des luxations, déformations, dépressions consécutives. On note souvent des altérations du côté de la peau du fœtus : des nævis, ou vices

de conformations

Môle hydatiforme

L'hydropisie des villosités choriales constitue la môle hydatiforme ou hydatique ou vésiculaire.
Cette affection est extrêmement rare.
Sous l'influence des contractions utérines la femme expulse une masse volumineuse, rouge, vésiculaire. Ces vésicules transparentes ont un volume variable : tête d'épingle, grain de groseille, graine de raisin ; elles atteignent quelquefois le volume d'un œuf de pigeon ; de poule : (extrêmement rare)
Ces vésicules se développent dans le chorion et se rattachent les unes aux autres par de petits pédicules, ce qui leur donne l'aspect d'une grappe de raisin. Il y a un épaississement des membranes et au milieu se trouve les vésicules. Le tout se présente sous l'aspect d'une masse charnue rougeâtre dans laquelle on ne trouve rien, l'embryon s'étant succombé et s'étant résorbé.

La surface interne de l'oeuf est lisse, elle contient peu de liquide.
Dans quelques faits exceptionnels on a pu trouver un foetus mort; c'est que la maladie s'est développée tardivement et que le foetus n'a pas eu le temps de se résorber. On a observé des faits très rares où le foetus était vivant, mais pour cela il faut qu'une partie seule du placenta soit dégénérée et qu'une partie fonctionne encore. On a cité un exemple: Béclard célèbre physiologiste qui naquit dans une môle hydatiforme.
On a pu voir sur un oeuf de 3 a 4 semaines l'hypertrophie de des villosités.
Le tissu qui se trouve dans les villosités est du tissu muqueux qui s'hypertrophie et donne lieu à la production des vésicules. Ces vésicules se développent dans la caduque épaissie, quelquefois jusque dans le tissu musculaire et pénètrent dans les sinus.
On a noté sur la face externe

l'utérus des saillies et dépressions lui donnant une forme irrégulière.

Signes: Les signes de la grossesse étant reconnus on observe que l'utérus se trouve modifié d'une façon anormale dans sa forme et sa consistance. Il est volumineux, ses parois sont molles, dépressibles, irrégulières; au palper on ne trouve pas de corps solide dans son intérieur; à l'auscultation on n'entend pas les b. d. c.; pas de mouvements actifs.

On observe des hémorragies abondantes graves se répétant souvent comme dans les cas de placenta prævia; mais le diagnostic différentiel sera facile à faire car les 1res se produisent au début de la grossesse dans les 1ers mois, tandis que les autres se produisent du 7me au 9e mois. Dans certains cas très rares on trouve des vésicules qui tombent et sont expulsées avec les caillots, alors il n'y a plus de doute.

Pronostic : Le pronostic est sérieux pour le produit de conception qui succombe presque fatalement.
Il est également sérieux pour la mère qui peut succomber par suite d'hémorragies répétées pendant la grossesse ; ces hémorragies peuvent aussi survenir pendant l'expulsion et après. On peut aussi craindre la septicémie si au moment de l'expulsion les soins antiseptiques n'ont pas été bien pris.

— Hydrorrée —

L'hydrorrée est un écoulement d'eau qui se fait par les organes génitaux de la femme.
Cet écoulement peut être plus ou moins abondant, il peut être de 2 sources : tantôt cet écoulement vient d'une poche d'eau qui se forme entre les parois utérines et la caduque : hydrorrée déciduale. Tantôt il vient de l'intérieur de l'œuf par suite de la rupture prématurée des membranes : hydrorrée amniotique.

Dans le 1er cas il se forme ~~des~~ poches d'eau qui par action reflexe amènent des contractions utérines ; sous l'influence des contractions les poches d'eau se rompent et le liquide s'écoule.

Symptômes : La femme sent un flot de liquide qui s'écoule brusquement surtout la nuit sans aucun effort ni douleur. Si la grossesse est de 6 à 8 mois il peut s'écouler de 100 à 300 grs de liquide. Le liquide est transparent, limpide, citrin, il a une odeur particulière semblable à la rapure d'os ; il empèse le linge et autour de la tache se forme un petit liséré jaunâtre.

L'écoulement se fait brusquement à intervalles éloignés (plusieurs jours ou plusieurs semaines) sous l'influence de contractions indolores.

Si on examine la femme on remarquera que lorsque l'écoulement est abondant, l'abdomen est moins tendu que dans les jours précédents.

Le diagnostic différentiel doit être

fait avec l'écoulement d'urine. Sous l'influence d'un effort où d'une quinte de toux certaines femmes perdent un peu d'urine. L'odeur de l'urine est caractéristique.
Avec les écoulements vaginaux qui sont des sécrétions un peu épaisse et non de l'eau. Avec le liquide amniotique. Dans quelques cas on a pu croire à l'hydrorrée alors qu'il se fait un écoulement de liquide à la suite d'injections vaginales; liquide qui est resté emprisonné dans le vagin par suite des contractions du releveur de l'anus et du constricteur du vagin. (1)
Pronostic: Peu grave pour la mère et pour l'enfant, cependant il n'est pas rare de voir survenir des menaces de fausse-couche et même l'accouch.t prématuré. Aussi doit-on mettre les femmes au repos, et leur donner des lavements laudanisés pour faire cesser les contractions utérines.
(1) On peut confondre avec l'hydrorrée amniotique

— Hydrorrée amniotique —

Par hydrorrée amniotique on entend un écoulement de liquide amniotique par suite de la rupture des membranes en des points différents; elle peut se faire au niveau de l'orifice utérin ou plus haut: derrière la symphyse pubienne; ou vers la partie supérieure de l'utérus. Si la rupture se fait au niveau de l'orifice utérin, le liquide s'écoule d'une façon continue; il n'y a pas de longues intermittences. Le liquide qui s'écoule présente les mêmes caractères que celui de l'hydrorrée déciduale, seulement si on peut le recueillir et l'examiner on peut voir des petites masses blanchâtres ou enduit sébacé. Au microscope on trouve des petits poils venant de la peau du foetus.

Si l'ouverture est plus haute, la continuité n'est pas aussi grande. L'avortement ou l'accouchement prématuré surviennent souvent dans ce dernier cas.

(1) Si la femme à les membranes rompues, Monsieur Budin conseille de pratiquer l'antiseptie et faire un tamponnement à la gaze iodoformée et ne pas trop essayer de faire continuer la grossesse.

Conduite à tenir

On a conseillé de laisser l'avortement se produire. ~~Mais~~ Si la grossesse est plus avancée, que la femme soit enceinte de 6 1/2 à 7 mois on a conseillé si la rupture des membranes s'est produite de faire continuer la grossesse pendant plusieurs semaines afin d'avoir un enfant vivant. Pour faire continuer la grossesse on donne des lavements laudanisés ou on fait des piqûres de morphine. Dans ces cas on devra pratiquer une antisepsie rigoureuse; car la rupture des membranes est dangereuse pour la mère et pour l'enfant; des germes septiques pénétrant dans la cavité de l'œuf, ~~l'enfant~~ l'enfant faisant des mouvements d'inspiration peut avaler des matières septiques qui déterminent des troubles respiratoires: pneumonie, broncho-pneumonie, pleuro-pneumonie; il succombe dans les jours qui suivent la naissance. La mère peut succomber par suite d'infection. Aussi doit-on après l'accouch.t faire injection intra utérine avec liquide antiseptique. Écouvillonnage

Curetage (1)

- Mort du foetus -

On a signalé de nombreuses causes déterminant la mort du foetus : la syphilis l'intoxication saturnine ; la néphrite, la maladie de Brigth qui détermine chez la mère des accès d'éclampsie et amène la mort de l'enfant par empoisonnement. On voit une grande quantité d'albumine dans l'urine.

Chez d'autres on observe des prodrômes d'éclampsie : maux de tête et d'estomac avec une maladie chronique des reins ; les enfants succombent et les femmes reviennent à leur état normal, on peut l'observer plusieurs fois de suite, c'est ce qui constitue la mort habituelle du foetus.

Ils peuvent succomber pendant la période agonique de la mère : tuberculose affection cardiaque

Il peut y avoir altération du fœtus : hydrocéphalie . etc . etc ..

Dans les cas de foyers hémorragiques du placenta par suite de dégénérescence

fibro-graisseuse: (albuminurie.) Décollement prématuré du placenta. Dans l'hydropisie des villosités choriales: Môle hydatiforme
Du côté du cordon: sténose de la veine ombilicale, torsion exagérée du cordon, compression.
Si l'enfant succombe dans la cavité utérine à une époque avancé de la grossesse c'est-à-dire vers le 7e ou 8e mois il devient mou et flasque, mais quelquefois il est expulsé bientôt après en état de rigidité cadavérique; on a pensé que rigidité pouvait être une cause de dystocie mais cela n'est pas prouvé
L'enfant ayant succombé peut rester plus ou moins longtemps dans la cavité utérine, il peut être expulsé au bout de quelques heures, plusieurs jours, plusieurs semaines, ou plusieurs mois. Dans quelques cas il peut être expulsé au terme de la grossesse et peut même le dépasser dans certains cas.
Il est urgent de connaître ces faits au point de vue social car un fœtus de 8 mois peut être expulsé à 7 mois.

L'enfant restant dans la cavité utérine subit des modifications diverses suivant le terme de la grossesse.
S'il succombe dans les 2 premiers mois il y a dissolution, résorbtion et disparition de l'embryon, on a un œuf clair.
Du 3e au 4e mois le fœtus n'est pas résorbé, sa peau se tanne, ses tissus se raccornissent, le liquide amniotique se résorbe, on dit que le fœtus est momifié. Dans les cas de grossesse gémellaire si l'un des fœtus succombe il subit la momification le 2e se développant le comprime contre la paroi utérine, ainsi aplati il est semblable à un bonhomme de pain d'épices.
Si la mort se trouve vers le 8e mois et plus tard ; les tissus s'infiltrent, la tête se déforme, le cuir chevelu se soulève.
Dans un certain nombre de cas l'épiderme se soulève il se produit des phlyctènes si la macération continue encore le liquide des phlyctènes devient rosé.
Dans d'autres cas les phlyctènes s'en [illegible]

l'épiderme se soulève, on a alors appelé le fœtus : fœtus sanguinolentus.
Du côté du placenta on voit aussi des modifications : tantôt il est infiltré, tantôt il est mince et plat.
Le cordon est aussi infiltré, sa coloration est rosée, verdâtre ou lie de vin.
Membranes : L'amnios et le chorion ne présentent pas beaucoup de modifications. La caduque est beaucoup modifiée dans son aspect : elle est très épaisse, d'un blanc grisâtre ; au moment de l'accouch^t elle peut être retenue dans la cavité utérine, elle se putréfie et des phénomènes d'infection peuvent se produire très facilement.
Dans les cas de fœtus mort la caduque ~~ne reste~~ pas toujours retenue dans la cavité utérine, elle peut être expulsée « très rare. »
Dans certains cas on voit survenir la putréfaction, mais il faut pour cela que l'œuf soit ouvert et que des germes

septiques pénètrent dans sa cavité.
La rupture des membranes est donc très importante même dans les cas de fœtus vivant, comme dans les cas de fœtus mort.
La putréfaction amène ~~un~~ gonflement de l'enfant ~~qui est~~ infiltration de gazs, c'est ce qu'on appelle la physométrie.
L'accouchement est encore dans ces cas très laborieux, car le fœtus est très volumineux.

Signes: La femme avait tous les signes de la grossesse; ils disparaissent, ~~on voit~~ se ~~produire la~~ sécrétion lactée, les varices s'affaissent.
Ainsi on voit des modifications de l'état général.
A l'examen local si le fœtus à succombé dans les 4 premiers mois de la grossesse on a pas eu des signes de certitude on a eu que des signes de probabilité. Il y a arrêt de developpement de l'utérus ses parois sont molles. au palper on ne trouve aucune partie fœtale, pas

de balottement ; à l'auscultation on ne trouve rien. au toucher on constate que le col est légèrement ramollit à l'examen bi-manuel : (palper et toucher combinés) on constate que l'utérus est gros. Cependant on ne doit pas affirmer la mort du foetus.
Si l'enfant succombe dans la 2e moitié de la grossesse il est facile de reconnaître la mort du foetus si on a examiné la femme quelque temps avant. L'enfant étant vivant, les parois utérines sont résistantes, on perçoit les mouvements actifs du foetus ; tandis que s'il a succombé les parois utérines sont molles dépressibles le produit de conception est mou, pâteux. à l'ausculta tion on entend plus les B. D. C. pas de mouvements actifs. Ne pas se déclarer immédiatement et examiner la femme quelques jours après. Si le liquide amniotique ne s'est pas résorbé l'utérus aura le même volume dans ce liquide on trouvera difficilement un corps solide, on pourra pas le palper percevoir les contractions utérines.

Si le liquide se résorbe, le diagnostic est très difficile, l'utérus et le produit de conception sont extrêmement mous.
Dans d'autres cas au contraire l'utérus est très dur.
Dans les 6 premiers mois il y a avortement comme dans les cas ordinaires.
Dans les 3 derniers mois on constate des modifications du côté de l'œuf: on note dans ces cas une poche des eaux volumineuse en 8 de chiffre ou en bissac pouvant faire croire à la dilatation complète
Quand les membranes se rompent on peut voir le liquide prendre des colorations différentes: rougeâtre, verdâtre quelquefois noirâtre épais (marc de café.)
Du côté de la tête du foetus on peut sentir de la crépitation des os.
La délivrance peut être difficile et donner lieu à des hémorragies qui peuvent être grave quelquefois mortelles.

Pronostic: Pour la mère il est sérieux dans certains cas et favorable dans d'autres: albuminurie vomissements incoercibles, affection cardiaque.

On ne doit jamais dans ces cas pour provoquer le travail faire la rupture artificielle des membranes. On ne doit pas intervenir.
On doit prévenir un docteur surtout si la mort du foetus se renouvelle souvent.

— Dystocie —

On désigne sous le nom d'accouchements dystociques ceux qui sont difficiles, dangereux, compliqués
Ils peuvent être dystociques par suite de contractions peu ou extrêmement violentes; utérus tétanisé; ou par obstacles qui s'opposent à la sortie de l'enfant tenant: à la mère, au foetus ou à ses annexes.
Enfant: hydrocéphalie, foetus trop volumineux
Annexes: Insertion vicieuse du placenta ascite
Accidents qui mettent les jours de la mère en danger.
Causes: Anomalie des forces expulsives comprend 2 choses: ou excès ou manque d'énergie des

contractions utérines ; cette dernière est
celle rencontrée le plus souvent.
La faiblesse des contractions utérines peut
exister au début, au milieu ou à la fin
du travail ; cette sorte d'inertie se rencontre
dans les cas de surdistension de l'utérus :
hydramnios, grossesse gémellaire, chez les
femmes âgées, grosses, surtout les primipares
Rétension d'urine : dans ce cas pratiquer le
cathétérisme avec une sonde en gomme
soulever la partie foetale.
Lorsqu'il y a inertie utérine on peut se
trouver en présence de membranes rompues
ou non rompues.
Si les membranes sont rompues : s'il
est possible grand bain, si le travail
n'avance pas, qu'il traine en longueur
le liquide peut se putréfier, demander un
médecin qui complètera la dilatation.
Si les membranes ne sont intactes et
que la dilatation ne soit pas complète
ne pas les rompre et appeler un médecin.
Dans d'autres circonstances il y a excès
d'énergie des contractions utérines

le travail marche rapidement, il arrive quelquefois que l'enfant peut être projeté sur le lit avec une force telle que le cordon se rompt ; c'est également dans ces cas qu'on observe une déchirure complète du périnée.
Quand il y a des contractions utérines si puissantes elles peuvent être continues sans intermittences l'enfant succombera car il y a suppression de la circulation foeto-placentaire. Si on a affaire a un bassin rétréci avec contractions régulières normales on peut attendre, mais si la tête est retenue au détroit supérieur avec des contractions très énergiques ; prévenir un médecin pour terminer rapidement l'accouchement car par suite de la compression exercée par la tête, les parties molles se trouvent mortifiées et on peut voir se produire ultérieurement des escharres et fistules.
Dans quelques cas il y a oedème des organes genitaux externes ; dans d'autres cas : obstacle tenant à la résistance de l'hymen ; généralement il se rompt sous l'influence

des contractions utérines, sinon le rompre ou prévenir un médecin.
D'autrefois ce sont les muscles du plancher périnéal qui résistent en particulier le releveur de l'anus. Le chloroforme rend de grands services. Donc prévenir un médecin.
Vagin : Il arrive parfois qu'une bride verticale charnue, assez épaisse divise le vagin en 2 parties, cette bride peut amener un obstacle à l'accouchement la tête butte contre cette bride, si elle ne se rompt pas spontanément : donner un coup de ciseaux. Si l'enfant se présente par le siège il se trouve à cheval sur cette bride : sectionner.
D'autrefois on observe une cloison transversale sorte de diaphragme présentant un orifice plus ou moins grand au centre.
Il peut siéger en différents points : à la partie infre, moyenne ou supérieure, on peut aussi en avoir plusieurs.
On a pu confondre l'orifice de ce diaphragme avec l'orifice externe, mais on pourra éviter cette erreur en allant à la recherche

des culs-de-sacs vaginaux et du bourrelet circulaire formé par la portion vaginale du col; ceux-ci n'existant pas dans les cas où on arrive sur l'orifice d'un diaphragme. Dans ces circonstances on doit prévenir un médecin qui fera, suivant la résistance de cette cloison: une dilatation forcée, ou pratiquera des incisions à l'aide d'un bistouri.
D'autrefois on a pu observer des rétrécissements cicatriciels dû à la destruction des parois vaginales (fièvre typhoïde.
Chez certaines femmes il existent des tumeurs la cystocèle; la rectocèle et l'entérocèle. ces tumeurs se rencontrent le plus souvent chez les multipares et n'apportent pas d'obstacles à l'accouch^t; il suffit de vider le rectum, la vessie et de refouler cette tumeur.
Entérocèle: hernie de l'intestin dans le cul-de-sac de Douglas, celui-ci [illegible] très bas en avant du rectum (très rare) très réductible en appuyant on détermine un petit gargouillement.

D'autrefois il existe des kystes du vagin : petites tumeurs liquides généralement peu volumineuses (très rare.)
Trombus sanguins : 2 variétés, 1° trombus vulvo-vaginal, 2° trombus pelvien :
1° variété : limitée à la partie inférieure du vagin, épanchement sanguin dans le tissu cellulaire dû a la rupture d'un vaisseau ; cette tumeur est violacée, plus ou moins fluctuante.
Ne pas confondre avec la rupture d'une varice, car dans ce cas il se produit une hémorragie, le sang s'écoule au dehors
Les varices ne prédisposent donc pas aux trombus comme on a pu le croire.
2° variété : Trombus pelviens : épanchement sanguin entre la paroi vaginale et la paroi pelvienne remontant jusqu'au niveau de la fosse iliaque.
Dans ces cas prévenir un médecin car la tumeur venant à se rompre pourrait donner lieu à une hémorragie considérable
Du côté du col : Oblitération de l'orifice externe et interne.

Depaul a observé qu'un cas d'oblitération de l'orifice interne, elle est très discutable.
Oblitération de l'orifice externe : 2 variétés : par agglutination ou oblitération fibreuse.
La 1re est surtout observée chez les primipares elle est due à une accumulation glaireuse ; on ne constate ni sortie de liquide amniotique, ni de glaires ; dans ces cas le col s'efface et l'orifice externe reste fermé ; on croit à une dilatation complète mais on trouvera les culs-de-sacs vaginaux. Dans ces circonstances on trouvera une petite dépression ; au moment d'une contraction en appuyant un peu fortement à ce niveau avec la pulpe du doigt l'orifice cède et la dilatation se fait, l'accouchement se termine spontanément ; dans le cas contraire : appeler un médecin qui fera une application de forceps.
<u>Oblitération fibreuse</u> : due à la réunion des lèvres du col par suite de suppuration provenant de déchirures anciennes : Appeler un médecin qui fera céder le tissu fibreux à l'aide du bistouri.

Pseudo-oblitérations survenant chez les primipares âgées : dûe à la rétraction des fibres circulaires de l'orifice externe ; le col s'efface difficilement, l'orifice externe est ~~puncti~~forme permettant l'issue des glaires.
Faire céder en imprimant des mouvements de rotation.
<u>Déviations du col</u> : On observe des déviations du col utérin à la fin de ~~la~~ grossesse ces déviations sont en avant, latéralement et le plus souvent en arrière et en haut arrivant au voisinage et quelquefois même au dessus de l'angle sacro-vertébrale.
L'accouch^t alors traine en longueur car les contractions utérines ne portent pas directement sur l'orifice utérin, le col s'efface lentement et se dilate avec difficulté, le segment inférieur inférieur s'amincit tellement qu'on constate les sutures et les fontanelles faisant croire à la dilatation complète et on intervient.
<u>Diagnostic</u> : en explorant largement on ne trouve pas le bourrelet circulaire formé par le col, en allant très haut on trouve

le col ...

Placer le doigt en crochet dans l'orifice utérin, faire des tractions continues d'arrière en avant pour ramener l'orifice au centre du bassin.

Même erreur de diagnostic pour les autres déviations.

Dans ces cas on a fait des applications de forceps. Dans d'autres, croyant avoir affaire à une oblitération du col on a fait des incisions.

<u>Rigidité du col</u>: Pendant le travail le col, dont l'orifice externe commence à s'ouvrir devient rigide, dur, cesse de se dilater.

2 variétés: 1° anatomique, 2° spasmodique.

1° « Mme Cornier » Les bords de l'orifice sont épais, le tissu du col est dense, résistant ressemble a du tissu imbibé de graisse.

2° Les bords de l'orifice sont minces, tranchant, sensible, douloureux à la pression, dans ce cas malgré les contractions très puissantes l'orifice ne se dilate pas, la femme s'affaiblit, s'épuise, si les membranes [illegible]

(1) Traitement : Grand bain prolongé ; injection vaginale prolongée (une demi heure) commencer avec sublimé faible et continuer avec eau bouillie (à 37° ;) Lavements laudanisés ; Chloroforme.
Se servir du laudanum de Sydenham, le laudanum de Rousseau étant trop fort.

---

il y a dangers pour la mère et pour l'enfant si les soins antiseptiques ne sont pas bien pris : la femme peut s'infecter et l'enfant peut succomber.
Faire venir un médecin, en l'attendant grand bain prolongé à 36° : lavements laudanisés (1)
Le medecin donnera du chloroforme et s'il est nécessaire : dilatera pour faire l'extraction.

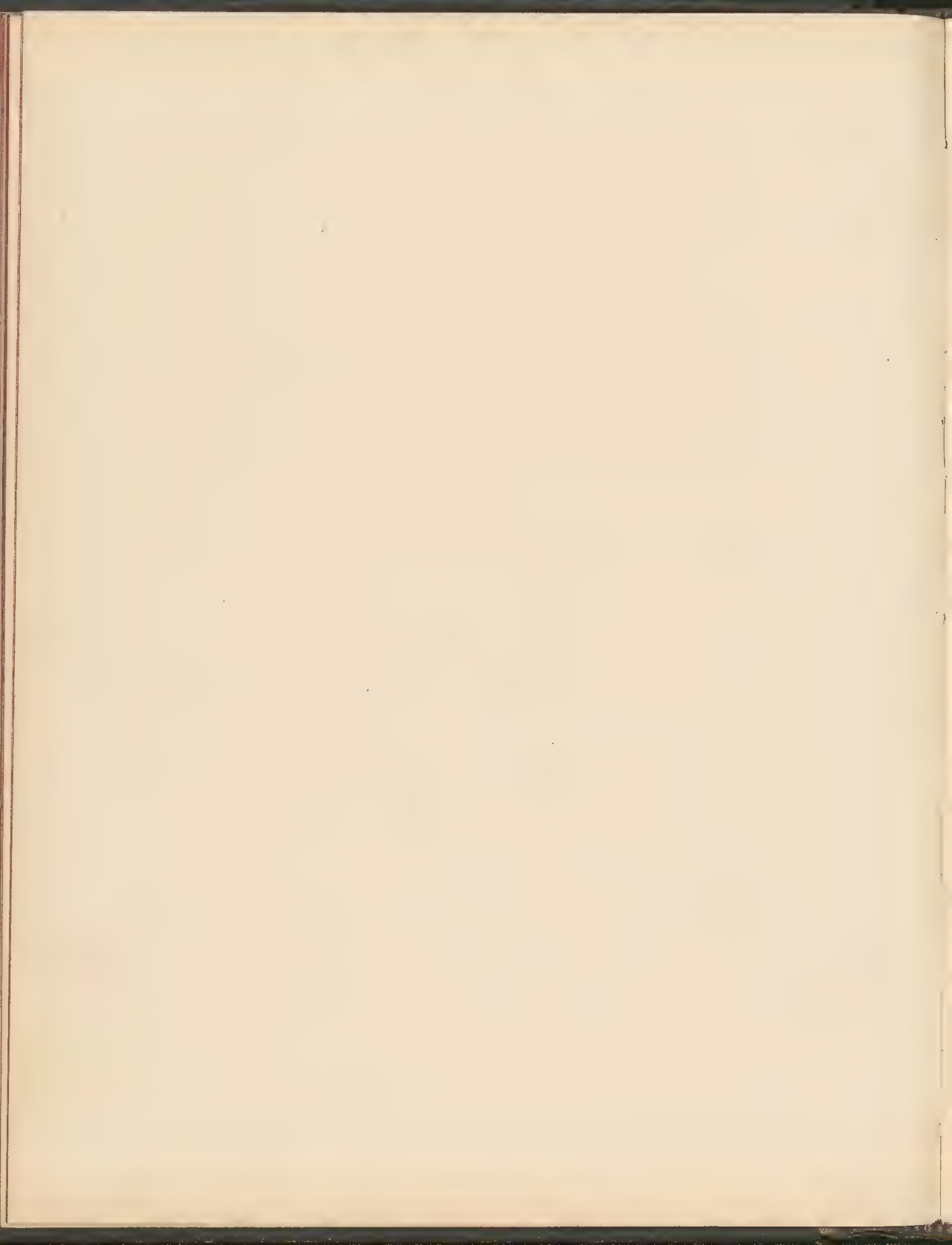
Oedème du col : D'autrefois dans les cas de léger rétrécissement du bassin, la dilatation étant de 4 à 5 c. reste stationnaire, le plus souvent la lèvre antre du col se trouve comprimée entre la partie fœtale et la symphyse pubienne il y a œdème considérable de cette lèvre elle devient volumineuse et peut mettre obstacle à l'accouchᵗ. Ce qui se passe en avant peut se passer en arrière (très rare)
Dans les cas simple où le rétrécissement est peu marqué on refoule la lèvre antre dans l'intervalle des contractions

on la maintient jusqu'au moment d'une contraction et l'accouch^t se termine spontanément, s'il ne se termine pas : appeler un médecin qui fera une application de forceps.
<u>Tumeurs du col</u> : kystes dans l'épaisseur du col ayant la grosseur d'une cerise ou petites végétations. Ne présentant pas beaucoup de difficultés pour l'accouch^t.
<u>Autres tumeurs</u> : Cancer et tumeurs fibreuses.
<u>Cancer</u> : Tumeur de mauvaise nature infectant l'économie et déterminant la mort, siège chez la femme au niveau du corps de l'utérus « ou des seins » On trouve, au toucher, des noyaux durs, résistants, ils ont une surface lisse, mais dans un grd. nombre de cas ils sont irréguliers à consistance friable ils peuvent envahir une partie du col tantôt tout le col de l'utérus.
<u>Caractères</u> : Les femmes ont des pertes de liquide séro - sanguinolent, empesant le linge, si les toilettes ne sont pas faites

ce liquide est fétide.
Au moment de l'accouchᵗ si l'envahissement est partiel, sous l'influence des contractions utérines la portion qui n'est pas envahie se dilate suffisamment pour permettre le passage du foetus.
Si l'envahissement est total, sous l'influence des contractions le tissu cède et l'accouchᵗ a lieu.
Le ~~orifice~~ tissu étant complètement envahi l'orifice ne s'efface pas, ne se dilate pas. Appeler un médecin qui fera l'opération césarienne.
<u>Tumeurs fibreuses</u>: Occupent le segment infʳ et le corps de l'utérus. Elles sont constituées par l'hypertrophie par place, du tissu utérin: fibro-myome, myome etc. Leur volume est variable.
Pendant la grossesse ces tumeurs s'hypertrophient considérablement dans certains cas; dans d'autres suivant qu'elles sont plus ou moins vasculaires
Ces tumeurs tout en s'hypertrophiant

se ramollissent et peuvent faire croire à une tumeur liquide : Kyste de l'ovaire.
On ne les confondra pas avec des tumeurs ovariques, avec les tumeurs du vagin où de la paroi pelvienne. (Toucher rectal).
Par le toucher rectal si on a affaire à une tumeur pelvienne le doigt passe en avant ; si elle est du segment infr. le doigt passera en arrière.
Quand la tumeur siège au niveau du corps de l'utérus on croit sentir des petites parties fœtales.
On peut se demander si on a affaire à des tumeurs de la paroi utérine ou abdominale.
1° En déplaçant l'utérus, les tumeurs se déplacent en même temps.
2° Si elle appartient à la paroi abdominale elle restera en place.
En faisant asseoir la femme si la tumeur appartient à la paroi abdominale on verra une petite saillie ; si elle appartient à la paroi utérine elle disparaîtra derrière la paroi abdominale.

(1) Exemple : femme pour qui Mrs Guéniot, Depaul Nélaton et autres, voulaient faire une opération césarienne ; l'accouchement s'est terminée spontant

Si la tumeur siège au niveau du col ou du segment infér de l'utérus, sous l'influence des contractions utérines le col s'efface, se dilate et en s'élevant entraine la tumeur dans la cavité abdominale et l'accoucht se termine spontané.
Il est des cas dans lesquels la tumeur fibreuse reste audevant de la partie foetale et met obstacle à l'accoucht : une intervention devient nécessaire.
Dans certains cas, très rare nécessite l'opération césarienne.
Le plus souvent ces tumeurs remontent même dans les cas les plus désespérés. (1)
Après l'accoucht il y a régression de ces tumeurs : elles s'atrophient et reprennent le volume qu'elles avaient avant la grossesse.
Dans certains cas la régression se fait si bien que la tumeur disparaît en totalité (très rare).
Des complications peuvent survenir pendt la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.

Il peut survenir des hémorragies extrêmement graves.
Quelquefois ces tumeurs faisant une saillie énorme dans l'intérieur de l'utérus, se sphacèle, se désagrège et amène la mort de la femme par infection.
Il peut y avoir des tumeurs du côté des annexes de l'utérus; principalement les kystes de l'ovaire et des ligaments larges, ou tumeurs abdominales siégeant au niveau du foie, et du rein, etc.
Ces dernières n'apportent aucun obstacle à l'accouchement.
Il n'en est pas de même des 1res.
Au moment de l'accouchement elles peuvent rester pelviennes ou s'élever dans la cavité abdominale. Dans ce cas on constate 2 tumeurs à côté l'une de l'autre: l'une formée par l'utérus gravide; tumeur liquide et solide dans laquelle on sent des parties fœtales on constate que cette tumeur se contracte et on obtient le balottement.

(1) Dans d'autres cas on ne peut la réduire : Appeler un médecin qui fera la ponction et terminera l'accouch^t par une version où une application de forceps....

l'autre tumeur : poche fluctuante contenant du liquide, ne se contracte pas.
Ne pas confondre un kyste de l'ovaire avec un utérus gravide.
Les kystes de l'ovaire peut amener des accidents pendant la grossesse, l'accouchᵗ et les suites de couches.
Pendant la grossesse, le kyste peut se ~~rompre~~ tordre au niveau du pédicule et amener des accidents graves : hémorragie.
Après l'accouchᵗ il peut survenir des complications, il s'enflamme, suppure, de là infection.
Au moment de l'accouchᵗ si le kyste est abdominale il n'offre aucune difficulté à l'accouchᵗ s'il est pelvien il remplit le petit bassin et il y a obstacle mécanique ~~à~~ au passage du fœtus. La tumeur peut être réductible, dans certains cas on réussit à la faire remonter au dessus du détroit supʳ et l'accouchᵗ peut avoir lieu spontanément (1)

(1) Chez le fœtus le bassin est cylindrique.
(2) Le bassin se développe jusqu'à l'âge de 25 ans.

– Bassins viciés –

Le bassin est une filière osseuse à travers laquelle passe le produit

(2) de conception. (2)

Les mensurations montrent qu'à travers ce canal le passage de cette tête a lieu, le contraire si elle est trop volumineuse de même si les diamètres du bassin sont réduits.

Au niveau du bassin (détroit supérieur) si le diamètre A. P. qui va du promontoire à la symphyse pubienne se trouve à être réduit, il s'ensuit des difficultés pour l'accouch^{t}.

<u>Causes</u>: Elles sont nombreuses, la plus fréquente est le rachitisme.

(1) Chez les enfants mal alimentés il survient une affection osseuse caractérisée par le ramollissement du tissu osseux. Quand l'enfant commence à marcher par suite de la station debout la colonne vertébrale qui supporte toute la partie supérieure du tronc exerce une pression au niveau de

(1) Dans les cas de bassin généralement rétréci pour s'engager la tête se fléchi exagérément et se place dans un des diamètres obliques.

(2) Dans les cas de bassin plat si la dilatation est complète et que l'enfant souffre et que la tête est au niveau du détroit sup.: Faire la version.

(3) Dans les cas de bassin généralement rétréci: Faire une application de forceps de préférence. Autrefois on provoquait l'accouchement en tenant compte du volume du foetus et du rétrécissement du bassin, du diamètre bi-pariétal et du diamètre antéro-post.re du bassin.

A 8m ½ le diamètre bi-pariétal étant de 8c ½ peut passer dans un Diamètre A.P. de 8c. par suite de la réductibilité de la tête mal ossifiée

sacro-vertébrale, en arrière le bassin supporte donc toute la pression du corps, en avant: 2 contre pressions exercées par les fémurs au niveau des cavités cotyloïdes. Par suite, la base du sacrum est repoussée d'arrière en avant; la symphyse pubienne: de haut en bas et d'avant en arrière ces 2 parties: symphyse pubienne et sacrum se rapprochent, il y a donc applatissement du bassin et diminution dans le diamètre A.P.
Les enfants ayant été atteints de rachitisme guérissant, il y a ensuite arrêt de développement du tissu osseux amenant diminution dans tous les autres diamètres dans ces cas on dit que le bassin est généralement rétréci (1)
Dans le 1er cas on a un bassin plat. (2)
Tenir compte de l'applatissement et de l'arrêt de développement.
Signes permettant de reconnaître qu'il y a bassin rachitique

Interrogation : Marche tardive (2 ans) ou marché de bonne heure et arrêt ensuite. Petite taille. Arrêt de développt siégeant au niveau du bassin, des membres infrs, des membres suprs (pas toujours.)
Membres infrs Déformations parfois caractéristique, le tibia fait une saillie convexe plus ou moins exagérée en avant (yatagon.) le fémur a une convexité dirigée en dehors et en avant ( ) parenthèse.
Les os sont courts dans leur ensemble.
Tronc : saillies au niveau du sternum: chapelet rachitique
Face : bosses frontales très saillantes. prognatisme du maxillaire inférieur
(Air de famille.)
Membres suprs Très courts.
Lorsque ces femmes sont arrivées à la fin de la grossesse, à l'époque où la partie foetale s'engage, il n'y a aucun phénomène d'engagement, pas d'abaissement du ventre, pas d'envies plus fréquentes d'uriner -

(1) Par le palper si on constate une présentation vicieuse on doit penser a un rétrécissement du bassin.

(2) Si par le palper on soupçonne un rétrécissement du bassin on devra confirmer ce diagnostic par le toucher.

(3) En allant à la recherche du promontoire on arrive parfois sur une tumeur soit fibreuse où soit formée par une anse intestinale; Donner un laxatif et revoir la femme dans les jours qui suivent.

Si elles ont déjà accouché on apprend que les accouch[ts] ont été laborieuses, difficiles, qu'il y a eu présentations vicieuses ou forceps.

Donc: tenir compte des accouch[ts] ant[res] et ne pas oublier que dans les bassins viciés les accouch[ts] ont pu se faire, mais alors les enfants sont petits.

(1) Palper: Partie fœtale élevée au dessus du détroit supérieur, mais peut déborder la symphyse pubienne.

La saillie de la tête au dessus de la symphyse pubienne est d'une très grande importance mais il faut en chercher la cause.

Auscultation: Maximum des B.D.C. élevé, entendu au niveau ou au dessus de l'ombilic (Blot.)

(2) Toucher: L'excavation est vide, on peut explorer le bassin si on cherche le rétrécissement le doigt pénètre profondément et arrive sur la face ant[re] du sacrum en suivant cette face on

(3) atteint le promontoire.

On reconnaîtra l'angle sacro-vertébral

par la direction oblique de la face antérieure de la 1re vertèbre sacrée, en bas et en arrière et celle de la 5me lombaire en haut et en avant et entre les deux, une partie déprimée; étant arrivé sur le promontoire, porte le doigt en dehors, sur les côtés, on arrive sur une crête ou rebord mousse de l'aileron du sacrum qui conduit sur la ligne innominée. Il est des cas dans lesquels le diagnostic est plus difficile car il peut exister un faux promontoire lombaire ou sacré; quand la face antérieure du sacrum est très convexe en avant la saillie formée par la réunion de la 1re et 2e pièce sacrée peut être prise pour le promontoire, et ce n'est qu'un faux promontoire sacré en allant sur les parties latérales on arrive sur les trous sacrés ant rs en cherchant audessus on trouve le vrai promontoire et les ailerons du sacrum.

Faux promontoire lombaire : formé par la réunion de la 4^e^ et 5^e^ vertèbre lombaire ; le doigt allant explorer les parties latérales tombe dans le vide au dessous on trouve le promontoire.
Ne pas confondre avec des matières fécales accumulées dans le rectum (déprimer.)
Le sacrum peut présenter une concavité très marquée, dès que la tête a franchi le rétrécissement du détroit sup^r^ elle ne trouve plus d'obstacle (bassin annelé
La face ant^re^ présente dans q.q. cas une convexité exagérée, il y a rétrécissement des diamètres A. P. sur toute la hauteur du bassin (canal cylindrique ou bassin canaliculé.)
La face ant^re^ du sacrum peut être plane.
Donc, chercher toujours avec le rétrécissement quelle est la forme de la partie sup^re^ du sacrum et quel est la forme du bassin.
Bassin rétréci dans son diamètre A. P.

en cœur de carte à jouer : la tête se place dans un des diamètres obliques
Bassin généralement rétréci : La tête passe avec beaucoup de difficultés.
On prend la mensuration du bassin avec l'index de la main droite, reporté de bas en haut, le bord radial étant en rapport avec le ligament triangulaire ; l'index de la main gauche sent le rebord de ce ligament avec l'angle marqué sur le bord radial de l'index droit.
Si l'index est trop court se servir de l'index et du médius et procéder de la même façon on mesure la distance de l'angle sacro-vertébral au bord de la symphyse pubienne on aura ainsi le diamètre S- sous- P. Pour avoir le diamètre S- pubien Minimum où diamètre utile on déduit en général 1c½ a cause des parties molles.
Le diamètre utile est le conjugué vrai des allemands.
On peut également prendre la mensuration

à l'aide du pelvimètre de Crouzat
on a le diamètre P. P. M. cette mensu-
ration est douloureuse on s'en sert ordi-
nairement chez les femmes qui ~~se~~ sont
sous le chloroforme.
Chez les rachitiques en travail il y a
souvent présentations vicieuses: épaule ou
siège; face variété frontale le plus
souvent; si c'est le sommet il ~~est~~ élevé
jusqu'à une avancée du travail, sous
les contractions il y a effacement du col
et dilatation; formation d'une poche
des eaux volumineuse. La dilatation se
fait lentement, si les membranes se
rompent avant où à la dilatation complète
on voit se produire une procidence du
cordon qui se trouve comprimé: mort
de l'enfant. Dans quelques cas il y a
procidence d'un membre.
Dans un certain nombre de cas les
membranes se rompant ~~avant~~ la dilatation
complète l'orifice se referme; le col revient
sur lui-même et se referme en partie
on donne à ce phénomène le nom de
rétrocession du travail

Une bosse séro-sanguine se forme, devient de plus en plus volumineuse, remplace la poche des eaux et le travail recommence. La dilatation étant complète la tête se place transversalement, les 2 fontanelles sont sur le même plan, la suture sagittale étant à égale distance du promontoire et de la symphyse pubienne, les contractions utérines agissant poussent cette tête, celle-ci ne pouvant passer se défléchi progressivement, la pointe de l'occiput se rapproche de la ligne innominée, la fontanelle ant^re se rapproche du centre du bassin. Cause de déflexion : le diamètre B. P. étant trop grand pour franchir le diamètre A. P., le diamètre B. T. qui est plus petit et plus réductible à cause des sutures, succède au B. P. Les contractions utérines continuant la tête ne peut passer, elle s'incline sur le pariétal post^re, la suture sagittale se rapproche de la symphyse pubienne, le pariétal postérieur ..

en entier accessible ; les contractions continuant, la tête ayant doublé le promontoire la suture sagittale se rapproche du sacrum. La tête se fléchissant, descend tourne et se place dans un des diamètres obliques, ensuite elle exécute son mouvement de rotation, se place en O. P et l'accouch^t se termine normalement.

Sous l'influence des contractions utérines quand l'accouch^t ne se fait pas, il se forme une bosse séro-sanguine volumineuse qui descend jusque sur le plancher périnéal et fait croire à une tête profondément engagée on croit que l'accouch^t va se terminer. Dans ces cas de bassin rétréci il peut se faire une inclinaison de la tête en sens inverse.

Les viciations du bassin peuvent tenir à des malformations des os par suite de ramollissement très marqué survenant chez l'adulte et constitue l'ostéomalacie

Ostéomalacie : Affection extrêmement rare en France, survient principalement en Allemagne et Italie. Elle est caractérisée par un ramollissement des os chez l'adulte ; surtout chez la femme qui a eu beaucoup d'enfants ; elle s'accompagne de douleurs vives du côté du bassin avec difficultés telle dans la marche que la femme est obligée de garder le lit.
Quand on examine une femme atteinte d'ostéomalacie on constate un ramollissement considérable du tissu osseux, par suite de la pression exercée par la colonne vertébrale la base du sacrum est refoulée très en avant ; les 2 fémurs exerçant une contrepression exagérée au niveau des cavités cotyloïdes, les parties latérales des os iliaques sont refoulées en dedans ; ce refoulement étant très accentué la symphyse pubienne forme un bec-de-canard en avant.
Dans ces cas la concavité du sacrum est très exagérée.
Ces femmes restant dans leur lit le sacrum ramolli à sa pointe refoulée en

dedans

Diagnostic : Palper : Dans les derniers temps de la grossesse est élevée, pas d'engagement possible derrière le Mont-de-Vénus on sent le bec formé par la symphyse pubienne en arrière on sent la convexité du sacrum.

Toucher : Le doigt arrive sur le promontoire (saillie) et dans les dépressions des parties latérales du bassin et de la symphyse pubienne.

Ce bassin à la forme d'un tricorne. Généralement on doit intervenir soit par embryotomie ou opération césarienne.

Dans quelques cas très rares le ramollissement était tel qu'on a pu extraire le foetus à l'aide d'une application de forceps (très rare.)

Traitement : Oblation des ovaires, empêchant grossesses ultérieures et amenant la guérison des femmes.

Pseudo-ostéomalacie : Survient dans l'enfance. Rachitisme accentué avec ramollissement considérable des os. Ces bassins ont presque la forme des bassins ostéomalaciques.

Dans ces cas : symphyséotomie.

(1) La cyphose est consécutive à la tuberculose des os (ou mal de Pott.)

(1)

<u>Cyphose</u> : Bosse. Convexité exagérée en arrière (1)
<u>Lordose</u> : En avant.
<u>Scoliose</u> : Latéralement
<u>Cyphose</u> : Déformations dans certains cas apparues dans l'enfance avant que le bassin soit complètement formé.
Peut siéger au niveau de la région lombaire ou lombo-sacrée. La base du sacrum est reportée en arrière et en haut de là agrandissement du diamètre A. P. du détroit supr ; par suite de ce mouvement de bascule la pointe du sacrum est reportée en avant il y a diminution du diamètre A. P. du détroit infr. Les os iliaques sont également reporté en dehors il y a alors augmentation du diamètre transverse et rapprochement des tubérosités ischiatiques de là diminution du diamètre C. du détroit infr.
Ce bassin à la forme d'un entonnoir.
<u>Palper</u> : Dans ces cas la partie fœtale est engagée vers la fin de la grossesse

(1) Pour prendre la mensuration interne du diamètre bi-ischiatique se servir du pelvimètre de Baudelocque.
Mesurer le diamètre sacro-sous-pubien qui est le plus important à connaître.

(2) Chez les cyphotiques la vulve est très en arrière le toucher est très douloureux au niveau de l'orifice vulvaire (hyperesthésie.)

Ne pas en conclure que l'accouchement ira bien, l'examen ayant déjà renseigné sur la courbure anormale de la colonne vertébrale on devra examiner le détroit infr.

(2) Mettre la femme dans la position obstétricale et mesurer la distance d'une tubérosité ischiatique à l'autre, tenir compte des parties molles qui peuvent se laisser refouler et ajouter un centimètre pour avoir la distance juste.

(1) Dans ces cas ne pas en conclure que l'accouchmt sera impossible.

Deux choses favorise l'accoucht : 1° mobilité des articulations, relâchement permettant l'écartement ; 2° ramollissement du tissu fibreux des grands et petits ligaments sacro-sciatiques.

L'écartement des deux tubérosités ischiatiques permet le passage du foetus.

Dans le cas contraire : forceps ou embryotomie (très rare.)

Dans d'autres cas les 2 ischions ne sont pas rapprochés mais la pointe du sacrum faisant saillie en avant peut être refoulée en arrière de là agrandissement.

(1) L'absence des deux ailerons du sacrum constitue le bassin de Robert ;)

__Scoliose__ : Agit un peu comme la cyphose mais en reportant la base du sacrum en arrière et de côté, le diamètre A. P. n'est pas touché.

__Bassin oblique-ovalaire__ : ou de Naegelé décrit par Madame Lachapelle, présente une absence de l'aileron du sacrum d'un côté, il en résulte une déviation dans la forme du détroit supérieur;
(1) avec aplatissement du côté malade
La symphyse pubienne est reportée du côté sain.

__Toucher__ : Angle sacro-vertébrale quelquefois accessible mais très éloigné on arrive sur la ligne innominée et sur l'épine sciatique du côté malade
Du côté opposé : courbure normale.

__Vue__ : En arrière : fesse de volume normal du côté sain. Fesse atrophiée aplatie du côté malade.
D'autre part il y a disparition de la fossette formée par l'épine iliaque écartement normal de cette fossette du côté sain.

(1) Conclusion pratique : On devra examiner ces femmes au 7ème ou 8ème mois de la grossesse surtout si les accouchements antérieurs ont été laborieux. Les accouchements antérieurs peuvent s'être terminés spontanément et le 4ème ou 5ème peut nécessiter une intervention par suite d'un fœtus trop volumineux.

Explorer toute l'excavation pelvienne

La symphyse pubienne est déviée (fil à plomb en avant de la symphyse pubienne, autre fil en arrière du sacrum; dans les bassins normaux les fils sont sur le même plan. Le contraire dans les bassins de Naegelé. Ces bassins sont très rares.
Le médecin intervient soit par accouch[t] prématuré, version, symphyséotomie pour avoir un enfant vivant.
Membres inf[res]: Toutes les fois que pendant l'enfance il est survenu des altérations au niveau des membres inf[rs]; luxation, amputation, paralysie, il en résulte des viciations pelviennes.
Dans ces cas, par suite de la pression exercée par la marche il y a aplatissement et refoulement de la ligne innominée du côté sain; ce bassin à presque la forme du bassin oblique ovalaire.
Autres altérations du bassin pouvant amener un obstacle à la sortie du fœtus:
Atrophie, tumeurs osseuses, ostéites, fractures

(1)

Il peut y avoir dystocie due au fœtus : volume de la tête et des épaules.

<u>Volume de la tête</u> : La tête peut être arrêtée au détroit supérieur ou s'engager dans l'excavation et ne descend pas, la résistance ne pouvant être vaincue par la forces des contractions utérines, l'enfant commençant à souffrir, les br. d. c. se ralentissent : faire prevenir un médecin qui fera une application de forceps.

<u>Volume des épaules</u> : La tête étant descendue dans l'excavation ou peut même sortir par suite du cou qui s'allonge, les épaules étant arrêtées au détroit supre. Si la tête ne sort pas : forceps.

Si la tête sort et que les épaules tentent à s'engager ou restent au détroit supr : Mettre la femme dans la position obstétricale et faire des tractions dans l'axe du détroit supr : de haut en bas et d'avant en arrière. On engage l'épaule antérieure on fait ensuite des tractions en haut pour dégager l'épaule posterre, une aide fait en même temps de l'expression sur le tronc :

Si on ne réussit pas : introduire deux doigts en arrière dans la concavité sacrée et aller à la recherche du bras postérieur qu'on fait glisser sur le plan antérieur du foetus, au moment d'une contraction tirer. Si on ne réussit pas : dégager le bras antérieur en procédant de la même manière.
D'autrefois il y a exagération de volume de la tête due a une épanchement de liquide : hydrocéphalie.
Où a un épanchement de liquide au niveau du thorax : hydrothorax, hydrorachis. Dans la cavité abdominale : ascite où tumeurs sacro-coccygienne, rétention d'urine. Emphysème. L'enfant ne franchit pas le détroit supérieur, il souffre : envoyer chercher un médecin.
<u>Dystocie</u> dans les cas d'accouchements gemellaire. Les deux foetus se présentant par le sommet, ceux-ci arrivant simultanément au détroit supérieur ne peuvent pas s'engager si l'enfant souffre, médecin.
<u>Deux sieges</u> : On peut trouver les membres inférieurs des deux foetus dans l'excavation

Aller à la recherche des membres et tirer sur un seul (le plus antérieur) car en tirant sur deux ils peuvent appartenir aux deux fœtus.

Siège et tête: le siège étant dehors on ne peut réussir à faire passer la tête. Les 2 têtes étant accrochées on ne peut extraire le 1er fœtus:

Refouler la tête du 2e enfant pour amener l'expulsion du premier.

On a encore signalé l'un des fœtus se présentant par le sommet, l'autre se place transversalement au dessus de la tête empêche l'engagement.

Monstres: fœtus doubles (très rare.) il est difficile d'intervenir et d'avoir des enfants vivants.

— Procidence des membres: —

On désigne sous ce nom la ~~[illegible]~~ chute d'un ou de plusieurs membres au devant de la partie fœtale qui se présente mais ne lui appartenant pas.

Exemples: Sommet ou face: procidence des membres supérieurs ou inférieurs.

Siège : membres supérieurs.
Épaule : Membres inférieurs ou membre supérieur n'appartenant pas à l'épaule qui se présente.
Envoyer chercher un médecin : si la dilatation est complète, que l'enfant souffre et qu'il n'y ai pas contre indication : faire la version et l'extraction.
Dystocie due aux annexes du foetus : cordon membranes. etc.
Résistance des membranes : 2 variétés
1°. Membranes très souples, très extensibles.
2°. Membranes très résistantes. (rigides)
Quand elles sont très extensibles elles forment une poche des eaux volumineuse.
Quand elles sont résistantes la poche des eaux est plate, peu volumineuse, elle se tend sur la tête, il se forme une bosse séro-sanguine comme si les membranes étaient rompues, cette résistance ... telle que malgré les contractions utérines très puissantes les membranes ne se rompent pas l'accouch^t. n'a pas lieu.
Conduite à tenir dans ce cas : Quand la

dilatation est complète, que la partie fœtale siège ou sommet est engagée : rompre les membranes
S'il y a un bassin rétréci, s'il y a hydrocéphalie ou tumeurs fœtales : Médecin.

<u>Cordon</u> : La longueur anormale du cordon favorise la procidence

<u>**Brièveté congénitale**</u> : quand le cordon mesure 12 a 13 c. la brièveté est absolue.

<u>**Brièveté acquise**</u> : ou relative, par suite de circulaires autour du cou ou du tronc etc.

<u>Conséquences</u> : Défaut d'accomodation + présentations vicieuses ; siège ou épaule ; on cherche à faire la version mais on ne peut pas, si on force, on peut amener la rupture du cordon, décollement prématuré du placenta, hémorragie et mort de l'enfant.

La tête étant dans l'excavation arrive sur le plancher périnéal tourne, on croit que l'accouch^t. va se terminer, on fait de l'expression, on fait pousser la femme rien ne progresse, l'enfant souffre
Médecin : Chloroforme, forceps.

Il est des cas dans lesquels la tête étant sortie on constate des circulaires très serrés autour du cou : Mettre sur le cordon deux pinces ou deux ligatures et sectionner entre les deux.
Si c'est une présentation du siège procéder de la même manière.

Voir la suite